

التشخيص النفسي الإكلينيكي (2)

التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية - الجزء الأول

تحرير

Bernd Roehler Franz Caspar Peter F. Schlottke

بيرند رولر فرنس كاسبار بيرتر شلوتكه

ترجمة

د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

التشخيص النفسي الإكلينيكي(2)

التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية

الجزء الأول

الطبعة الأولى
2016



دار الكتاب الجامعي

عضو جمعية الناشرين الإماراتيين
عضو اتحاد الناشرين العرب
عضو المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين
الجمهورية اللبنانية ـ الإمارات العربية المتحدة

ص. ب. 16983
هاتـــف (الإمارات) 00971-3-7554845
فاكس (الإمارات) 00971-3-7542102
هاتـــف (بيروت) 00961-3-312124

E-mail: bookhous@emirates.net.ae
tbourji@yahoo.com

جمع وتنفيذ وإخراج: كمبيورايتر Compu_Writer لخدمات دور النشر «عادل ندا» القاهرة
E-mail: compu_writer@yahoo.com ☎ (002-01000390516)

التشخيص النفسي الإكلينيكي(2)

التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية
الجزء الأول

تحرير

Peter F. Schlottke بيرتر شلوتكه

Franz Caspar فرنس كاسبار

Bernd Roehler بيرند رولر

ترجمة

د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

الناشر

دار الكتاب الجامعي

الجمهورية اللبنانية ـ دولة الإمارات العربية المتحدة

2016

هذه ترجمة عربية مصرح بها لكتاب

(مترجم عن الألمانيــة)

Lehrbuch der Klinisch-psychologischen Diagnostik

Verlag W. Kohlhammer

2008-1.Auflage

By

Bernd Roehler
Franz Caspar
Peter F. Schlottke

المحتويات

الموضـوع	الصفحة
مقدمة المترجم	7
مقدمة الناشر	9
IV الجزء الخاص: مجالات الاضطرابات ومجالات التطبيق الخاصة	13
15- الاضطرابات النفسية العصبية *ديبورا بيله وجينيفر أوكرمان وإيرينه داوم*	15
16- الاضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسياً *روزيليند ليب*	37
17- الاضطرابات الفصامية *ناتاشا بيشوف وتانيا لينكولن وغلاوديا شنايدر وإيكارت شتراوبه*	65
18- الهوس الخفيف والهوس *توماس ماير*	115
19- الاضطرابات الاكتئابية *مارتين هاوتسنغر*	175
20- الانتحارية *سيلفيا شالر وآرنمين شميدتكه*	209
21- المخاوف والرهابات *أندريا إيلرت وسيلفيا شنايدر ويورغن ماراغراف*	235

22- الاضطرابات القهرية 275
هانسرويدي أمبول وبيرند رولر

23- استجابات الضغوط الحادة واضطرابات ما بعد الصدمة 301
كارستين شونه كريستا شولتزه وبيرند رورله

24- الاضطرابات التفككية 339
كريستينا شولتزه شولتزه وكاترين شونه

25- الاضطرابات جسدية الشكل 381
غابي بلايشهاردت وفولفغانغ هيللر

26- قياس الألم والتشخيص النفسي الإكلينيكي للألم 409
كريستيانه هيرمان وهيرتا فلور

مقدمة المترجم

يأتي كتاب التشخيص النفسي الإكلينيكي الجزء الأول (2) استكمالاً لكتاب التشخيص النفسي (1) ليشمل التشخيص النفسي لمجموعة من صور الاضطرابات النفسية المصنفة، على أن يتم استكمال التشخيص النفسي لطائفة أخرى من الاضطرابات النفسية وبعض الميادين المرتبطة بها في التشخيص النفسي الإكلينيكي في الجزء الثالث.

بما أن الكتب الثلاثة في التشخيص الإكلينيكي هي كتاب واحد بالأصل فقد تم الاحتفاظ بترقيم الفصول كما هي، حيث يلاحظ القارئ أن التشخيص النفسي (2) يبدأ بالفصل رقم 15 وينتهي بالفصل رقم 26، في حين سيبدأ التشخيص النفسي الإكلينيكي الجزء الثاني (3) بالفصل 27 وينتهي بالفصل 37.

أمل المترجم أن يجد الطالب والمتخصص الفائدة المرجوة.

والله من وراء القصد

أ. د. سامر جميل رضوان

srudwan@hotmail.com

دمشق ـ سوريا
نزوى ـ سلطنة عمان

مقدمة الناشر

ليس هناك نقص في المنشورات من الكتب والمقالات حول موضوع التشخيص الإكلينيكي. فلماذا إذا كتاب جديد في التشخيص النفسي الإكلينيكي؟

ففي حين صدر في المحيط الأنجلو أمريكي عدد كبير من المراجعات والكتب التعليمية حول التشخيص النفسي الإكلينيكي، فإن المنشورات في المحيط الناطق بالألمانية حول هذا الموضوع ظلت قليلة. وفي المنشورات الناطقة بالإنجليزية نرى باستمرار أنه هناك تقارير حول نماذج تشخيصية جديدة ومنظومات تصنيف وأدوات. ويتم فيها أيضا تقديم معارف جديدة خاصة بالاضطراب، تمكن القارئ من الاقتراب بشكل قائم على أساس نموذج نظري واختيار الأدوات التشخيصية الملائمة لوضع مشكلة المريض.

وفي المحيط الناطق بالألمانية تسود إما المنشورات الخاصة بالنموذج لتحليل المشكلة ومفهوم الحالة أو يتم تقديم معارف خاصة بالنسبة إلى تشخيص مجموعات محددة أو إجراءات محددة أو يسترشد المرء بشكل خاص نحو التشخيص وفق مدارس علاجية محددة. لهذا فنحن نقدم كتابا، يمكنه أن يساعد على ردم هوة قائمة.

فما الذي يتوقعه القارئ من هذا الكتاب؟ يقدم الجزء العام معارف أساسية حول أهداف ومهام وإجراءات أو عمليات ونوع التشخيص النفسي الإكلينيكي. ومن أجل هذا الغرض تم عرض وتوضيح نماذج التصنيف ونماذج التشخيص المسترشد بالعلاج. وفي التشخيص النفسي الإكلينيكي القائم على التعديل تم عرض نماذج خاصة بالمدارس وعابرة للمدارس على حد سواء (مع العلم أن النماذج السلوكية الاستعرافية تلعب دورا خاصا).

وفي المداخل الخاصة بالمدارس قمنا وبشكل مقصود بعمل انتقاء استنادا إلى نماذج التشخيص النفسي الإكلينيكي الاستعرافي السلوكي والتحليلي النفسي والمتمركز حول

المتعالج والمتوجه منظوميا. وبهذا نكون قد غطينا الأدوات المنتشرة بشكل واسع في الممارسة.

وفي الجزء المتعلق بطرق الحصول على المعلومات التشخيصية قدمنا عرضا عاما لطرق التشخيص النفسي الإكلينيكي، كالمقابلة وملاحظة السلوك ومقاييس البنى والعمليات الاستعرافية وأدوات الفحص الفيزيونفسية والموضوعية. وخصص فصلا خاصا لعرض نماذج تشخيص العملية وتشخيص المجرى كأشكال مهمة للتشخيص المتجه نحو التعديل [التشخيص المسترشد بالتعديل]، وكذلك في سياق الممارسة المضبوطة.

وفي السنوات الأخيرة أصبحت ضرورة استخدام موارد المريض في التشخيص القائم على المشكلة أكثر بديهية. ومن هنا فقد تم تخصيص فصل خاص هنا أيضا لتشخيص الموارد.

وفي الجزء الخاص بالاضطرابات من هذا الكتاب نجد مداخل قائمة على التصنيف والتعديل. كما يقدم هذا الجزء أيضا معلومات حول أهم أدوات التشخيص في الاضطرابات المختارة، وبشكل خاص من المجال الناطق بالألمانية.

يتوجه كتاب التشخيص النفسي الإكلينيكي للدارسين والممارسين. إنه يتطرق لأهم المبادئ والتحديثات في التشخيص النفسي الإكلينيكي؛ وبهذا فهو يلائم كذلك كمرجع أساسي.

لقد أتاح لنا تصميم الكتاب الحالي اكتساب خبرات متنوعة من خلال عالمات وعلماء مشهود لهم.

لم نهب من أي جهد، وحملنا المؤلفين جهدا أيضا، من أجل تسهيل تجانس وعرض الفصول بأكبر درجة ممكنة.

وكما هو الحال في كل شيء فإن بعضها يستغرق أحيانا وقتا أطول. ومع هذا الكتاب نأمل أن يكون صبر المؤلفات والمؤلفين وكذلك القراء قد استحق.

نشكر كل الكاتبات والكتاب لجهودهم على البقاء معنا إلى حين إنجاز هذا الكتاب. كما نشكر أيضا دار نشر كولهامر وبشكل خاص السيد الدكتور روبريشت بونسغن الذي تعهد بطبع الكتاب في هذا الشكل والتزم بنجاح.

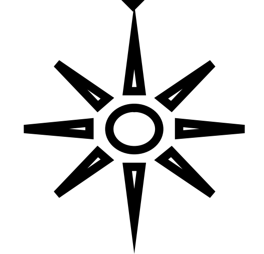
والشكر الخاص لغيرلند شلوتكه التي بذلت جهدا شخصيا كبيرا في التصحيح والفهرس.

Bernd Rohrle, Marburg
Franz Caspar, Bern
Peter F. Schlottke, Tuebingen

IV

الجزء الخاص

مجالات الاضطرابات
ومجالات التطبيق الخاصة



صفحة زوجية فارغة

15-الاضطرابات النفسية العصبية

ديبورا بيلي و جينيفر أوكرمان وإيرينا داوم

Deborah Behle, Jennifer Uekermann& Irene Daum

1- الوصف
2- التشخيص
   2.1 التشخيص التصنيفي
   3.2 التشخيص القائم على التعديل
3- طرق الفحص
   3.1 المستوى الإنجاز الذهني العام
   3.2 اختبارات الاستقبال البصري **Visou-receptive-Tests**
   3.3 الانتباه
   3.4 اللغة
   3.5 الذاكرة
   3.6 الوظائف التنفيذية
   3.7 الانفعالات
4- عرض حالة
5- مجموعات المرضى
6- بناء العلاقة
7- خلاصة واستنتاجات

1-الوصف Phenomenology

يهتم علم النفس العصبي الإكلينيكي بشكل أساسي بقياس الوظائف المعرفية والتغيرات الانفعالية لدى المرضى المصابون بأذيات واضطرابات وظيفية في الدماغ، ومن ثم فإن فحوصات المرضى الذين يعانون من أذيات (أعطاب) دماغية تمكننا أيضاً من التوصل إلى طروحات عامة حول بنية ومبادئ عمل الدماغ.

لقد حظي علم النفس العصبي بدفق مهم من العلوم الأخرى من نحو العصبية والبيولوجيا العصبية وعلم النفس البيولوجي وعلم النفس الإكلينيكي والمعرفي. فقد كان التوليف بين طرق الفحص النفسي العصبي والطرق التصويرية مهماً جداً لفهم العلاقة بين الآليات الدماغية والوظائف المعرفية.

وتتنوع أسباب الاضطرابات الدماغية؛ فهي تشمل الرضوض الدماغية واضطرابات النمو والأمراض الوعائية الدماغية والأورام والصرع والعدوى، كالقوباء البسيطة Herpes Simplex أو الإيدز، والأمراض العصبية التهدمية كمرض الزهايمر وباركنسون. كما يمكن للمواد السامة (كالكحول والأدوية والعقاقير والمواد الكيماوية الصناعية) أن تسبب اضطرابات وظيفية وخيمة. بالإضافة إلى اكتشاف وجود تغيرات عصبونية في الاضطرابات النفسية التقليدية كالفصامات والقلق والاكتئاب والوساوس القهرية (Lautenbcher & Gauggel,2004).

ويمكن للاضطرابات المخية أن تؤثر على مجالات مختلفة من الوظائف المعرفية، والتي تمثل المجال الأساسي للتشخيص النفسي العصبي. ومن بين المجالات يمكن تعداد الإدراك والتوجه والانتباه والوظائف الحركية واللغة والذاكرة والوظائف الإجرائية (التنفيذية) والسلوك الاجتماعي والخبرة الانفعالية.

ويقوم الإدراك على تمثل المثيرات من المحيط والجسد. ويمكننا هنا التمييز بين الإدراك السمعي والبصري واللمسي والشمي. ومن أجل التمثل المبكر للمثيرات المختلفة

توجد باحات خاصة لكل منها تعد ذات أهمية. وعند تأذي مناطق معينة يمكن أن يحصل اضطراب انتقائي في الإدراك. إذ يمكن لاضطرابات الإدراك البصري على سبيل المثال أن تظهر بعد تأذي اللحاء الصدغي والقذالي (مؤخرة الرأس) temporal and occipital Cortex، حتى لو لم تكن هناك إصابة محيطية للجهاز البصري.

ويقوم **التوجه** orientation على المعرفة حول الشخص نفسه في السياق المكاني- الزماني أو الموقفي. واضطرابات التوجه عبارة عن عرض شائع في الأذيات الدماغية وسمة مميزة لأمراض الخرف. ويمكنها أن تظهر بشكل حاد نتيجة لارتفاع درجة الحرارة والالتهابات أو كأثر جانبي لبعض الأدوية.

وفي سياق الاضطرابات الحركية يعد **العمه الحركي**(1) apraxia ذو أهمية خاصة. ويلاحظ في المشكلات التي تظهر عند تنفيذ الأفعال الهادفة المطلوبة أو في صعوبات في تقليد الإيماءات.

ويقوم **الانتباه** على القدرة على تركيز "كشاف" ذهني على مظهر من مظاهر البيئة أو على تمثيلات داخلية (Kolb & Whishaw,1996).

ويتم الافتراض بأنه يمكن التمييز بين أربعة أنظمة فرعية من الانتباه، يرتبط كل منها بباحات دماغية مختلفة: التنشيط والانتباه الانتقائي (الموجه) والانتباه الموزع واليقظة. واضطرابات الانتباه هي العاقبة الغالبة لأذيات مختلفة أو لاضطرابات عصبية (Kasten, 1998).

وبالقياس فإن الأمر لا يتعلق في الانتباه بوظيفة واحدة موحدة وإنما بعمليات فرعية مختلفة -الترميز encode والدمج consolidation والاستدعاء- ومضامين مختلفة (سمعياً، بصرياً، لمسياً).

---

(1) فقدان القدرة على القيام بحركات متسقة.

ويعد تلفيف حصان البحر (قرين آمون hippocampus) بشكل خاص والمناطق المرتبطة بذلك للدماغ الأوسط واللحاء الجديد Neocortex ذو أهمية خاصة بالنسبة لعمل **الذاكرة**. ويمكن لاضطرابات الذاكرة أيضاً أن تظهر بعد الجلطة الدماغية وإصابات الدماغ الراضة وغالباً ما تكون عرضاً ابتدائياً للأمراض العصبية التهدمية. ويعد السؤال عمَّا إذ كان للاضطراب الملحوظ في الذاكرة أساساً جسدياً أم ارتجاعياً- وظيفياً functional-reactive(Lezak,1995) واحداً من المسائل المهمة في التشخيص النفسي العصبي.

ويمكن تقسيم **اللغة** استنتاجياً heuristic إلى وظائف استقبالية وتعبيرية، وهي مربوطة بشكل خاص بمجالين مخيين من النصف الأيسر للدماغ. فباحة بروكا Broca Area الموجودة في اللحاء الجبهي الأمامي الأيسر ذات أهمية بالنسبة للوظائف التعبيرية للغة. والأضرار في هذا المجال تقود إلى حبسة بروكا، التي تتجلى بشكل خاص في اضطرابات إنتاج اللغة. أما اضطرابات فهم اللغة كما هو الحال في حبسة فيرنكه Wernicke-Aphasia فتنجم عن الأضرار في التلفيف الجبهي للقسم الأيسر من الدماغ.

ويقصد **بالوظائف التنفيذية** (الإجرائية Executive Functions) عمليات التحكم العليا التي توجه العمليات المعرفية الأخرى في سياق مطالب موقف ما، من أجل تنفيذ خطط وتصرفات هادفة (Lezak,1005). ومن ضمن ذلك تقع أيضاً القدرة – حسبما هو لازم- على كبح التصرفات حسب الظروف أو التلاؤم بشكل مرن مع المتطلبات المتبدلة. ويتم تنشيط المهارات الإجرائية بشكل خاص عندما يكون لابد من توزيع الموارد المحدودة من الانتباه وعندما لا تكون التصرفات الروتينية كافية لتحقيق هدف معين أو لحل مشكلة ما.

كما يمكن للأضرار الدماغية والأعطاب[1] Dysfunctions أن تقود إلى تغيرات في

---

(1) يستخدم المترجم مصطلح عطب كمرادف لمصطلح الاضطرابات الوظيفية أو الخلل الوظيفي.

الخبرة الانفعالية والسلوك الاجتماعي. فالسلوك الاجتماعي غالباً ما يتغير عند تضرر اللحاء الجبهي الأمامي بشكل خاص. أما أسباب الاضطرابات الانفعالية كالاكتئابات على سبيل المثال، فلابد من البحث عنها في الاستجابات على الإعاقات الجسدية والتضررات الاستعرافية وعواقبها الاجتماعية من جهة (Anderesn, Vestgaard, Ingemann-Nielsen & Lauritzen,1995)، ومن جهة أخرى فإن العوامل العضوية كتضرر اللحاء الجبهي الأمامي تلعب كذلك في كثير من الحالات دوراً (Varney, Martzke & Roberts, 1987; Benedetti, Bernasconi & Pontiggia,2006).

ويمكن للاضطرابات النفسية العصبية أن تظهر في أي سن وعند أي مجموعة من السكان. فإذا ما ظهرت اضطرابات نمو في سن الرضاعة والطفولة المبكرة، يصاب ضمن ظروف معينة الإدراك المكاني والحركات الناعمة والغليظة واللغة والمعالجة السمعية البصرية والسمعية للمعلومات (Melchers & Lehmkuhl,2000)، ناهيك عن أن نسبة أذيات الدماغ عالية بشكل خاص في سن الطفولة بسبب ارتفاع خطر السقوط. ولدى الراشدين الشباب تظهر النسبة العليا من الأضرار النفسية العصبية العليا في إطار أذيات الدماغ بعد حوادث السير. ففي ألمانيا يفترض سنوياً وجود 300000 حادث جديد (Kasten,1998)، مع العلم أن الانتشار بالنسبة للذكور يكون في أعلاه بين سن 15 و25 سنة (Williamson, Scott & Adams, 1996). أما الأمراض من نحو التصلب المتعدد ورقاص هونتينغتون والتي تترافق أيضاً مع الاضطرابات النفسية العصبية فتظهر بداية في سن الرشد. فمن أصل ألف شخص تقريباً يعاني شخص واحد تقريباً من التصلب المتعدد في ألمانيا (Wallesch & Hermann, 2000). أما رقاص هونتينغتون الذي ينتهي بالموت فلا يظهر إلا فيما ندر. ويبلغ الانتشار حتى حوالي 10/ 100000 من السكان في ألمانيا (Masuhr & Neumann, 1988). وفي الشيخوخة يمكن بشكل خاص وبسبب الجلطات والأمراض العصبية التهدمية (مرض باركنسون والزهايمر والأشكال الأخرى من الخرف) أن تظهر أضرار نفسية عصبية. وتبعاً

للتقديرات يعاني في ألمانيا حوالي 200000 إنسان من أمراض الباركنسونية وحوالي 500000 من الزهايمر (Wallesch & Herrmann, 2000).

ويتعلق مجرى القصور النفسي العصبي بالسبب الكامن خلف الاضطراب المعني. فكثير من الأمراض العصبية أو التهدمية العصبية تسير بشكل مزمن متصاعد. ويتعلق استمرار القصور بشكل خاص بمكان ومقدار التضرر النسيجي. وغالباً ما يحصل في أول الوقت بعد تضرر الدماغ تحسن جزئي للوظائف المعرفية من خلال التغيرات المرنة للدماغ. كما يمكن التخفيف من بعض الاضطرابات الأخرى بالأدوية. وبغض النظر عن سيرورة العودة للوضع السابق Restitution process الممكنة فإن الإجراءات العلاجية السلوكية ذات أهمية يتعلم من خلالها المريض استراتيجيات للتعويض عن الاضطرابات من نحو مشكلات الذاكرة على سبيل المثال. بالإضافة إلى ذلك لابد دائماً من مراعاة أنه في إصابات الدماغ والاضطرابات النفسية العصبية يمكن أن تظهر اكتئابات استجابية ومخاوف تعزز من القصور النفسي العصبي. ومن هنا يمكن لمعالجة الاكتئابات الارتكاسية والمخاوف أن تؤثر بشدة على مجرى الاضطراب الأساسي.

2- التشخيص

يحتل فحص الوظائف المعرفية للمرضى الذين يعانون من أذيات أو أعطاب دماغية مركز التشخيص النفسي العصبي. وتتنوع طبيعة أسباب هذه الاضطرابات (أنظر أعلاه). إذ هناك إمكانية بأن تظهر تضررات مختلفة جداً لدى فردين بالتشخيص نفسه (مثال جلطة دماغية) ونتائج متشابهة للطرق التصويرية. ومن هنا يمثل كل من الآي.سي.دي. والدي.أس.أم.ICD& DSM أساساً غير باعث على الرضا لعرض الاضطرابات النفسية العصبية. وهناك مشكلة أخرى تكمن بأن هذه المنظومات تصف صور الاضطرابات النفسية العصبية بشكل خاص بصورة غير دقيقة (Herrmann, Kidron, Shuman, Kaplan, Binns, Leach & Freedman,2000).

2.1 التشخيص التصنيفي

سنعرض فيما يلي إمكانات مهمة لتصنيف التشخيص النفسي العصبي. فقد اقترحت منظمة الصحة العالمية التمييز بين الأضرار (أو الضعف أو التأذي impairments) وفقدان الوظائف (العجز Disability) والإعاقات الاجتماعية النفسية (Handicap).

ويمكننا الاستنتاج عموماً بأنه يوجد اضطراب مختلط عندما تعطي دراسة السيرة المرضية دلالات على أن الاضطراب النفسي قد كان موجوداً قبل الاضطرابات اللاحقة له (قارن الفصل 36 في الكتاب الثالث الجزء الثاني من التشخيص النفسي الإكلينيكي).

- وبالنسبة للتشخيص التصنيفي لأمراض الخرف فإن الترميزات التالية مهمة:
- الخرف من النمط الزهايمري (249.1x;F00.x)
- الخرف الوعائي (290.4x; F01.xx)
- الخرف بسبب عوامل أمراض طبية أخرى (294.1x; F02.4/F02.8/F02.3/F02.2/290.1x; F02.0/F02.1/F028)
- الخرف المستمر المستثار بالمواد (مثال F10.73 ;291.2)

وقد يكون التشخيص التفريقي عن شبه الخرف الظاهر في الاكتئاب الأساسي بشكل خاص إشكالياً. ومن بين المؤشرات النفسية العصبية المهمة للتفريق بين الاكتئابات والخرف التوجه والذاكرة الضمنية implicit والدلالية semantics. ففي هذه المجالات من الوظائف يبدي مرضى الخرف عجزاً لا يلاحظ لدى المكتئبين (قارن Daum & Suchan,2001). كما يتصف أداء مرضى الخرف في مهام التعرف (التمييز) بعدد مرتفع من الإجابات الإيجابية الخطأ false positive Answers) (Fleischmann, 2000). ويختلف مرضى الخرف أيضاً في أدائهم في اختبار- الساعات بشكل دال عن المكتئبين.

وبالنسبة لتشخيص اضطرابات الذاكرة فإن ترميزات الدي.أس.أم. التالية مهمة:

- اضطراب الذاكرة amnesia بسبب عامل مرضي طبي (F04 ;294.0)

- اضطراب الذاكرة المستمر المستثار بالمواد (مقال (292.1; F10.6
- اضطراب ذاكرة غير محدد بدقة (294.8; R41.3)

وفي التشخيص التفريقي لابد من الأخذ بعين الاعتبار بأن أعطاب الذاكرة تظهر في أمراض الخرف أيضاً، إلا أنه يوجد في الوقت نفسه في الخرف قصور معرفي متعدد كالحبسة (فقدان القدرة على الكلام aphasia) والعمه الحركي (فقدان القدرة على القيام بحركات متسقة apraxia) واللاأدرية agnosia واضطرابات إجرائية (تنفيذية executive). وهناك تفريق آخر مهم يتعلق بفصل اضطراب الذاكرة عن المحاكاة والاضطراب الكاذب. والتفريق غير ممكن إلا من خلال الفحص التفصيلي للذاكرة. وهنا يظهر في الاضطراب الكاذب والمحاكاة نتائج غير متسقة وغياب عامل مرضي طبي أو تناول مادة (Sass et al.,2003).

ومن الترميزات المهمة الأخرى الاضطراب المعرفي غير المحدد بدقة (294.9;F06.7). ويتم القيام بهذا الترميز عندما توجد تأذيات وظيفية معرفية ترجع لعامل مرضي طبي إلا أنها لا تحقق المحكات الخاصة بالترميزات الأخرى (أنظر أعلاه). ومن أمثلة ذلك الاضطراب العصبي المعرفي الطفيف (F06.7; F07.8) والاضطراب ما بعد الإصابة (Sass et al.,2003) (F07.2) Post contusion.

وبما أن تشخيص الاضطرابات النفسية الناجمة عن الأذيات الدماغية يقع في مركز التشخيص النفسي العصبي إلى جانب تشخيص القصور المعرفي فإن الاضطرابات النفسية الناجمة عن عامل مرضي طبي ذات أهمية للتصنيف. ويفترض أن تنبثق المؤشرات على التشخيص من السيرة المرضية بأن الاضطراب عبارة عن نتيجة مباشرة لعامل مرضي طبي. وهنا يتم التمييز بين الترميزات التالية:

- الاضطراب التخشبي بسبب عامل مرضي طبي (293.89;F06.1)
- تغيرات الشخصية بسبب عامل مرضي طبي (310.1;F07.0)
- الاضطراب النفسي غير المحدد بدقة بسبب عامل مرضي طبي (293.9;F09).

ومن الناحية التشخيصية التفريقية فإنه من المهم الانتباه إلى أي مدى يتعلق الأمر في الاضطراب بتأثير فيزيولوجي مباشر أو فيما إذا كان حاصل عن طريق آليات أخرى. ففي الحالة الأخيرة هذه قد يتم تشخيص اضطراب نفسي أولي. والتمييز في الممارسة صعب. وعليه يوجد جدل في مراجع الأبحاث الراهنة حول إلى أي مدى تظهر الأعراض الاكتئابية في إطار مرض باركنسون بشكل ارتجاعي بسبب الأعراض الجسدية على سبيل المثال، أو يمكن أن تعزى للتغيرات المرضية العصبية لمنظومات النقل الدوبامينية والسيروتونية.

ومن الترميزات المهمة الأخرى للتشخيص النفسي العصبي:

- اضطرابات التكيف (309.9; F43.9)
- الاضطرابات التالية للصدمة (309.81; F43.1)

فلدى مرضى الأذيات الدماغية مع اضطرابات تكيف يتم الإحساس بفقدان قدرات الإنجاز التي كانت قبل المرض بشكل شديد الإرهاق بصورة خاصة (Gauggel, Konrad & Wietasch,1998). ومن ناحية التشخيص التفريقي فقد يكون التفريق عن الاضطراب الوجداني الناجم عن سبب عضوي صعباً بشكل خاص. وقد يكون واحداً من محكات التمييز المهمة أن المرضى الذين يعانون من اضطراب وجداني متسبب عضوياً يشكون من فقدان نوعية الحياة. بالمقابل لا يستطيع مرضى الاكتئابات العضوية في العادة تقديم سبباً لحزنهم (Gauggel, Konrad & Wietasch,1998).

2.2 **التشخيص القائم على التعديل** Modifications Oriented Diagnostic

عادة ما تكون أسباب القصور النفسي العصبي أسباباً عضوية وتشمل تأذيات الدماغ والأعطاب المخية الناجمة عن الجلطات أو الرضوض في الجمجمة أو اضطرابات النمو أو الأورام والعدوى أو قد تظهر في إطار الأمراض العصبية التهدمية. إلا أنه لابد من أخذ مشاركة العوامل النفسية في الاضطرابات النفسية العصبية في كل الأحوال

بعين الاعتبار. فكثير من العوامل الخارجية يمكن أن تعمل كعوامل مقوية للسلوك (من نحو نوعية العلاقات البين شخصية والرضا عن العمل أو عن أوضاع الحياة) ومن ثم تؤثر على شدة الأعراض إيجاباً أم سلباً.

ويتجلى الهدف الأعلى لإعادة التأهيل النفسي العصبي حسب تسيل (Zihl,1988) بتقليص الإعاقة وتجنب سوء التكيف وانحراف الدافع. وهنا يمكن التمييز بين مبدأين اثنين، ينبغي دمجهما (Bochmann,1988). فعملية إعادة التأهيل الكلاني تتضمن وفق بوسر (Poser,1987) حفز وعي المريض (من بينها تحديد القصور) ومعالجة القصور النفسي العصبي العام والخاص وحفز الاندماج والتعميم generalization في محيط المريض. ويحتل التدريب الهادف للوظائف النفسية العصبية المتأذية محور المبدأ التقليصي في إعادة التأهيل. وفي سياق مكان الأذى والتشخيص وشدة القصور فإن التدخلات الممكنة في إعادة التأهيل تتمثل في الترميم (التدريب المنهجي للوظائف المتضررة) والاستبدال/ التعويض Substitution/Compensation (تعليم استراتيجيات بديلة) والدمج (كبح النشاطات المتضاربة بمساعدة برامج معالجة خاصة أو بالأدوية أو كلاهما) والتنشيط (تكييف التنشيط من خلال تعديل السلوك أو الأدوية).

ويتعلق مآل الأعطاب النفسية العصبية بعوامل مختلفة. وهنا يمكن عموماً التمييز بين المتغيرات المتعلقة بالشخص والضرر والعلاج. وبشكل عام فإن سن الرشد المبكر والجنس الأنثوي والدافعية العالية للعلاج والاستبصار الملائم بالمرض هي من العوامل الشخصية المتنبئة بالمآل الملائم (Bochmann,1998). ومن المتغيرات المتعلقة بالضرر يمكن تعداد: منشأ الضرر الدماغي وشدة القصور ومقدار تموضع الأذى ومدة المرض أو الوقت المنصرم منذ أذى الدماغ.

ومن أجل تقويم برامج إعادة التأهيل لعلاج اضطرابات القدرات ("العجز disabilities") يتم إجراء اختبارات نفسية عصبية متكررة وحساب شدة الأثر ومدته ونقله. إلا أن هذا لا يكون مفيداً إلا إذا كان ترميم وظيفة ما هو الأساس. ويمكن أن

يتم تقويم إعادة تأهيل اضطرابات القدرات على أساس الأدوات التي تقيس أنشطة الحياة اليومية ومظاهر الرعاية الذاتية (إدارة الذات). ومن الأمثلة على ذلك دليل Barthel-Index (Wade &Collin,1988) ومقياس ماربورغ للكفاءة. ومن أجل تقويم برامج علاج الأضرار لدى مرضى الأذيات الدماغية لا يوجد حتى الآن إلا القليل من الأدوات. ويمكن قياس الاندماج الاجتماعي للمرضى المتأذين دماغياً بمساعدة استبيان الدمج الاجتماعي Community Integration Questionnaire (Willer, Rosenthal, Reuser & Gordon,1993)

3- طرق الفحص

يوجد عدد كبير من الاختبارات وبطاريات الاختبارات الخاصة. وبما أن العرض التفصيلي لأدوات القياس قد يتجاوز إطار هذا الفصل فيمكن للقارئ المهتم أن يرجع إلى ليزاك (Lezak,1005) وفون غرامون وماي وتسيغلر (Von Gramon, Mai & Ziegler, 1995) وستروم وهيرمان وفاليش (Strum, Hermann & Wallesch,2000)

لقد هدف أول مبدأ تشخيصي منهجي في علم النفس العصبي، إلى تطوير بطاريات اختبار شاملة واستخدامها. وكمثال على ذلك يمكن الإشارة إلى بطارية هاليستد رايتان Hlested-Reitan-Battery (Reitan & Wolfson,1993) وبطارية لوريا نيبراسكا النفسية العصبية Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (Golden, Purisch & Hammeke,1985). ويتم استخدام هذه البطاريات بغض النظر عن الضرر النوعي أو عن الاضطراب الطبي النفسي أو العصبي المحدد الكامن خلف هذا (Beton,1004). وهنا كان لابد من توضيح السؤال فيما كان هناك اضطراب دماغي عضوي أم لا. فإذا لم يكن هذا هو الحال فيتم البحث عن أسباب وظيفية (أي أسباب غير عضوية) أو يتم افتراض وجودها. وتكمن ميزة هذا المبدأ بإمكانية إجراء مقارنة بين البروفيلات في الآفات الدماغية المختلفة والأمراض العصبية (Levin,1994).

إلا أن مثل هذا المبدأ العام لا يمكن أن يكون مناسباً للمريض الفرد في الغالب.

فالمعارف الحديثة حول التنظيم الوظيفي للدماغ وملاحظات سلوك المرضى تجعل من التشخيص التفريقي أمراً ضرورياً. ومن هنا يتم اليوم تفضيل الإجراءات التي تستخدم فيها أدوات خاصة انطلاقاً من الاستقصاء التفصيلي للتاريخ السابق للمريض الفرد. فمن خلال هذا المبدأ المتمحور حول المريض الفرد يمكن تحديد المشكلات الفردية والوظائف التي مازالت عاملة بشكل أفضل. ويمكن لهذه المعلومات أن تستخدم بعدئذ كأساس لتطوير برامج ملائمة من إعادة التأهيل أو لتطوير تقرير عن مجرى العلاج أو تقرير خبرة (Strum,2000).

ويجري انتقاء الاختبار وفق وزن العوامل المختلفة: فمن ناحية لابد من مراعاة مسألة صاحب التكليف (هيئة التقاعد، الأسرة...الخ)، ومن ناحية أخرى تعطي المعلومات فيما يتعلق بمكان ومقدار الضرر الدماغي أو نوع وشدة المرض العصبي دلائل حول المجال المتضرر من الوظائف. كما أن البيانات التي يتم الحصول عليها من السيرة المرضية ومن الآخرين الذين يصفون الأضرار في الحياة اليومية وعواقبها الانفعالية على نفس الدرجة من الأهمية. وكذلك فإن ملاحظات السلوك داخل وخارج موقف الفحص تعد مصدراً مهماً للمعلومات، ولابد من مراعاة تعطل الإدراك (السمع والبصر) أو اللغة أو الحركة أيضاً.

وفيما يلي من الفقرات سوف نعرض لأهم أدوات القياس للمجالات المعرفية المختلفة (قارن جدول 1)، حيث تم هنا عرض بعض الأدوات المستخدمة مع العلم أنه ليس كل اختبار ملائماً لكل مريض.

3.1 مستوى الأداء الذهني العام

يؤثر مستوى الذكاء قبل المرض ومستوى الإنجاز الراهن على حد سواء على وظائف نفسية عصبية كثيرة، ومن هنا لابد من تحديدها في كل الأحوال. ومن أكثر الاختبارات استخداماً اختبار وكسلر للذكاء (Wechler, 1981) (الطبعة الألمانية لآستر ونويباور وهورن

جدول (1): اختبارات منتقاة للتشخيص النفسي العصبي

الهدف: تشخيص لـ:	الأداة
انخفاض الذكاء	• اختبار وكسلر للذكاء • اختبار وكسلر المختصر للذكاء • الاختيار المتعدد-الذخيرة اللغوية
الاضطرابات-الإدراك البصري	• اختبار بينتون Benton-Test • الشكل المركب لأوستريت Complex Figure (Osterrieth) • اختبار الموضوع البصري وإدراك الفراغ Visual Object and Space Perception Test
اضطرابات الانتباه	• بطارية اختبارات فحص الانتباه • إعادة الأرقام • اختبار الإرهاق (الضغط) d2 • جهاز فينا للتحديد Wiener Determination apparatus • اختبار الانتباه اليومي Test of Everyday Attention
الحبسة (فقدان القدرة على الكلام)	• اختبار آخن للحبسة • اختبار فرز الحبسة Aphasia Screening Test
أضرار الذاكرة	• اختبار وكسلر للذاكرة • اختبار ريفرميد للذاكرة السلوكية Rivermead Behavioral Memory Test
العجز الإجرائي (التنفيذي)	• اختبار ويسكونسن لترتيب البطاقات Wisconsin Card Sorting Test • اختبار تداخل اللون-الكلمة Color-Word-Interference-Test • برج لندن Tower of London • التقييم السلوكي للمتلازمات الإجرائية المعطوبة Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome
التغيرات الانفعالية	• القائمة الطبية النفسية العصبية Neuro psychiatical Inventory • قائمة بيك للاكتئاب

(Aster, Neubauer & Horn,2006) أو صيغته المختصرة التي يرمز لها WIP(Dahl,1986). وإلى جانب حساب معامل الذكاء العام يمكن تحديد الذكاء اللفظي والذكاء العملي Action-IQ بشكل مستقل. كما يمكن للاختبارات الفرعية أن تعطي معلومات حول نقاط القوة والضعف لدى المريض. إلا أنه كثيراً ما يكون إجراء اختبار وكسلر صعباً بسبب أعراض مثل المشكلات الحركية والحبسة والإهمال neglect. وفي مثل هذه الحالات يمكن تقدير مستوى الأداء العام من خلال اختبارات أخرى. ويعد اختبار الذكاء-الاختيار المتعدد للذخيرة اللغوية اختباراً مختصراً مستخدماً لتقدير مستوى الأداء قبل المرض (Lehrl, Merz, Burkhard & Fischer,1991).

3.2 **اختبارات الاستقبال البصري** Visou-receptive-Tests

تعد مهمات مثل رسم الأشكال الهندسية (من نحو اختبار بينيتون للاحتفاظ البصري Visou-receptive-TestsBeneton,1955) أو الشكل المركب Complex Figure (Osterrech,1944) أو الأدوات التي تفحص إدراك الأشكال والأشياء والمعطيات المكانية (بطارية اختبارات إدراك الموضوع – المكان؛ Warrington & James,1991). كما تستخدم اختبارات الاستقبال البصري الأكثر خصوصية لفحص إدراك الوجوه أو تحديد التعابير الانفعالية للوجه.

3.3 **الانتباه**

كما وصفنا أعلاه يمكن التمييز بين المركبات المختلفة للانتباه التي تحتاج إلى فحص تفريقي وشامل. وتعد بطاريات اختبارات فحص الانتباه (& Zimmermann Fimm,2002) أداة فحص مدعومة بالكمبيوتر لقياس الوظائف السمعية والبصرية للانتباه في مجالات تنشيط الانتباه والانتباه الانتقائي والانتباه الموزع واليقظة vigilance والمرونة المعرفية (Strum,2000). ومن الاختبارات الأخرى لفحص الانتباه التي يكثر استخدامها، اختبار إعادة لفظ الأرقام (وكسلر، 1987) واختبار الإرهاق (الضغط)

دي 2 (D2(Brickenkamp,2002، واختبار فينا لرد الفعل أو جهاز فينا للتحديد. كما تم تطوير اختبار الانتباه اليومي (Robertson, Ward, Ridgeway & Nimmo-Smith,1996) لقياس الانتباه البصري والسمعي في المواقف القريبة من الحياة اليومية.

3.4 اللغة

للاختبارات النفسية العصبية لفحص المهارات اللغوية هدفين أساسيين: فهي مهمة لتشخيص الحبسة من جهة ومن جهة أخرى تهدف إلى جعل فحص الكفاءة الوظيفية لنصف الدماغ المسيطر (في غالبية الحالات الجزء الأيسر) ممكنة. فإذا ما كان هناك شك لدى مريض ما بوجود حبسة فإنه يمكن فحصه بأدوات الفرز المختصرة من نحو اختبار فرز الحبسة Aphasia Screening Test لهالستيد وويبمان (Halsted & Wepman,1959) على سبيل المثال. كما يتيح اختبار آخن للحبسة (Huber, Poeck, Weniger & Willmes,1993) من جهته التحليل التفصيلي للوظائف اللغوية ويفيد في الوصول لتشخيص تفريقي لمتلازمات الحبسة.

3.5 الذاكرة

لتحقيق فحص ملائم للذاكرة لابد من اختبار وظائف مختلفة (Strum,2000): ذاكرة العمل وتعلم المعلومات الجديدة والاحتفاظ بها والذاكرة الدلالية والعارضة episodic. بالإضافة إلى ذلك لابد من فحص التكامل الوظيفي لعمليات الترميز والتخزين والاستدعاء السمعية والبصرية، إذ يمكن للمرء هنا أن يحصل على معلومات مهمة بالنسبة لاستراتيجيات التعويض الممكنة.

ولاختبار أداءات الذاكرة تتوفر بطاريات اختبارات شاملة من جهة، من نحو اختبار وكسلر للذاكرة الذي يتيح الحصول على بروفيل للذاكرة. ومن أجل اختبار مسألة كيف يتعامل المرضى مع مطالب الذاكرة في الحياة اليومية ينصح باستخدام اختبار ريفريميد للذاكرة السلوكية Rivermead Behavioral Memory Test الذي يرمز له

اختصاراً (RBMT) (Wilson, Cockburn & Baddeley,1992) وشكله الموسع -RBMT Extended Version (1999). كما يتوفر عدد كبير من اختبارات الذاكرة للمجالات المختلفة (من بينها ذاكرة السيرة الذاتية وإعادة التعرف، والذاكرة اللفظية، والذاكرة الشكلية Figural Memory، والذاكرة الضمنية).

3.6 الوظائف التنفيذية

يعد اختبار ويسكونسن لترتيب البطاقات Wisconsin Card Sorting Test الذي يرمز له اختصاراً (WCT) (Berg,1984; Nilson,1976; Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtiss,1993; Grant & Berg, 1873) من أكثر الاختبارات استخداما لفحص الوظائف الإجرائية (التنفيذية). ويفحص الاختبار القدرة على بناء المفاهيم وتبدلها من خلال مهام تصنيف البطاقات. ويقيس كل من اختبار تداخل اللون-الكلمة -Color-Word Interference-Testالمعروف تحت اسم اختبار ستروب (Stroop-Test) واختبار هايلنغ Hayling Test(Burgess & Shallice,1997)، القدرة على كبح الاستجابة. ففي اختبار ستروب(Stroop-Test) ينبغي تسمية اللون من كلمات ألوان مطبوعة بلون آخر، بحيث يجب على المفحوص كبح عادات القراءة. أما مهمة اختبار هايلنغ فتكمن في إكمال الجمل الناقصة بكلمات لاتتلاءم مع هذه الجملة. وهنا ينبغي كبح الكلمات المناسبة دلالياً. كما تتوفر اختبارات أخرى لفحص الوظائف التنفيذية من نحو اختبار برج لندن وهي تتطلب التخطيط وحل المشكلات (Shallice,1982). بالإضافة إلى بطارية اختبارات التقويم السلوكي للمتلازمات التنفيذية المعطوبة لفحص الوظائف التنفيذية في المواقف القريبة من الحياة اليومية.

3.7 الانفعالات

التفاعل بين الحالة الانفعالية والوظائف المعرفية مهم، إلا أنه من الصعب قياسه في غالبية الأحيان. وبشكل عام يؤثر القلق أو الاكتئاب بشكل سلبي على وظائف

كالتركيز أو الذاكرة. ومن ناحية أخرى يمكن لهذه الانفعالات أن تكون نتيجة للتضرر المعرفي. وهناك إمكانية ثالثة تكمن في أن عملية المرض تؤثر على الوظائف المعرفية والوظائف الانفعالية على حد سواء. ولكن لا يمكن هنا تبيين إلى أي مدى يمكن للعوامل العضوية أو الموقفية أن تسبب اضطرابات في الحالة الانفعالية بشكل قاطع. ومن أجل تقدير الحالة الانفعالية غالباً ما يتم استخدام أدوات ومقابلات نفسية إكلينيكية. وهنا لابد في الأمراض النفسية العصبية وعند استخدام أدوات كمقياس بك للاكتئاب استبعاد البنود التي تسأل عن الحالة الجسدية ذلك أنها غالباً ما تكون نتيجة للمرض الجسدي أكثر من استنادها للحالة الانفعالية. وفي هذا السياق فإن تطوير أدوات اختباريه خاصة كمقياس بيك للاكتئاب – الفرز السريع للمرضى الطبيين Beck-Depression-Inventory-Fast Screen for Medical Patients (Beck, Steer & Brwn, 2000) على درجة من الأهمية. وحتى الآن لا يتوفر إلا القليل من الأدوات لقياس التغيرات الانفعالية نتيجة تأذي الدماغ والأمراض النفسية العصبية. وتمثل القائمة الطبية النفسية العصبية Neuro Psychiatrically Inventory(Cumming,1994) التي تقيس شذوذات السلوك في أمراض الخرف استثناء. ماعدا ذلك يتم فحص المشكلات في السلوك الاجتماعي لدى المرضى بما يسمى متلازمة الوظائف الإجرائية المعطوبة (قارن الفقرة 3.6) باختبار التقييم السلوكي للمتلازمات الإجرائية المعطوبة (Wilson,1996).

4- مثال حالة

تبلغ السيدة هدى الثلاثين من عمرها، أصيبت بتأذي دماغي شديد قبل حوالي أحد عشر شهراً نتيجة حادث في العمل. وتم استنتاج وجود اضطرابات تركيز وتضرر في الذاكرة في فحص نفسي عصبي أجري لها بعد أربعة أشهر من الحادث. وقد اتضح من خلال وصفها بأنها قد انسحبت بشدة عن الناس من حولها بعد الحادث. وشكت من حزن شديد احتلت فيه اضطرابات تركيزها وخلل ذاكرتها مركز الصدارة بشكل خاص. كما اتضحت في الجلسة الأفكار السلبية غير الملائمة للسيدة هدى (من نحو:

"أصبحت عبئاً ثقيلاً على زوجي"). وهدف الفحص الحالي إلى توضيح الأعراض الباقية بهدف وضع برنامج علاج ملائم.

أظهر الفحص النفسي العصبي وجود ذكاء متوسط. فقد تم تحقيق أنجاز (أداء) متوسط في اختبار وكسلر، مع العلم أنه تمت ملاحظة وجود فروق كبيرة في الإنجاز عند مقارنة الاختبارات الفرعية المختلفة، فقد تم تحقيق قيم بين المتوسطة وفوق المتوسطة في الاختبار الفرعي إيجاد التشابه واختبار الموازييك وفي اختبار ويكسلر الفرعي للتفكير الحسابي والفهم العام. أما القيم المنخفضة فقد ظهرت في الاختبار الفرعي المعرفة العامة وإعادة نطق الأرقام (للأمام والخلف) واختبار رموز-الأعداد.

وتم فحص وظائف الانتباه بوساطة اختبار وكسلر لإعادة نطق الأعداد للأمام، والاختبار الفرعي "تنظيم الخريطة map search"لاختبار الانتباه اليومي واختبار رموز الأعداد (وكسلر). وفي كل الاختبارات وفي كلا الشكلين (سمعياً وبصرياً) لوحظ وجود قصور. وهنا ظهر أن ملاحظة السلوك مهمة بشكل خاص من أجل تفسير النتائج. عملت السيدة هدى دائماً بتركيز وتنظيم وبأداء خال من الأخطاء تقريباً؛ فالتقويم المنخفض تم بناء على التمثل المتباطئ بشدة للمعلومات. ويشير الأداء دون المتوسط في إعادة نطق الأعداد-عكساً إلى تضررات في ذاكرة العمل اللفظي، كما تم فحص الذاكرة باختبار ريفيرميد للذاكرة السلوكية. وتم أداء كل المهمات تقريباً بشكل دون المتوسط. واتضح كذلك من خلال السيرة المرضية بأن ذاكرة السيرة الذاتية والدلالية على حد سواء كانتا متضررتين، في حين أن الذاكرة الإجرائية Procedural كانت سليمة. كما كانت القدرة على التصرف الهادف وحل المشكلات والاستبصار بالمرض سليمة إلى حد كبير. وبهذا فقد أظهرت السيدة هدى بواقي من القصور في الانتباه والذاكرة، أثرت على أداء الأعمال اليومية. وحصلت السيدة هدى على درجة مقدارها 25 في مقياس بيك للاكتئاب. ومن نقاط قوة السيدة هدى كان استبصارها بمشكلتها وقدرتها على استخدام استراتيجيات تعويضية بشكل مثمر وناجح.

وفي مجرى العلاج تم عمل تحليل تفصيلي للسلوك، للتعرف أكثر على مطالب الحياة اليومية الخاصة ومشكلاتها لدى السيدة هدى. ومن أجل ذلك تم الطلب منها عمل دفتر مذكرات للذاكرة بعد توضيح ذلك لها والتدرب المنهجي في لعب الأدوار. وفي البداية ومن أجل بناء الأنشطة تم تحديد المعززات الإيجابية بمساعدة "قائمة الأحداث المرغوبة" (Hautzinger,1997)، ثم تم بناء على ذلك التخطيط لنشاطات إيجابية وتنفيذها. كما تم تحسين الأعراض الاكتئابية وما يرتبط بذلك من أفكار سلبية من خلال المبادئ العلاجية الاستعرافية.

5-جماعات المرضى

تظهر الاضطرابات النفسية العصبية في كل سن وبشكل مستقل عن الطبقة في كل مجموعة سكانية. وفي سياق الآثار الخاصة بالجنس يتم نقاش فيما إذا كان التجنيب low lateralization المنخفض للدماغ الأنثوي يؤثر بشكل ملائم على نجاح إعادة التأهيل (Kolb & Whishaw,1996).

وفي إطار التشخيص النفسي العصبي يمكن التفريق بين ثلاثة مجموعات: المجموعة الأولى ذات الأذى بسبب صدمات الجمجمة-الدماغ والجلطات والعدوى، كالقوباء البسيطة Herpes Simplex والإيدز. ويتعلق مقدار وسمات العجز النفسي العصبي بحجم التضرر. وتتضمن المجموعة الثانية مرضى يعانون أمراض عصبية من نحو الزهايمر وباركنسون والتصلب المتعدد. وتشير الفحوصات لدى مرضى الزهايمر إلى وجود قصور في الذاكرة ومشكلات لغوية وأضرار في المهارات البصرية المكانية وتغيرات في الشخصية. وفي مرض باركنسون يلاحظ بشكل خاص تضرر الوظائف الإجرائية (التنفيذية) وذاكرة العمل والوظائف البصرية-المكانية. ولدى مرضى التصلب المتعدد لوحظ وجود عجز نفسي عصبي في مجالات متعددة كالذاكرة والانتباه والتعلم والتركيز وسرعة تمثل المعلومات ومجال الوظائف التنفيذية. بالإضافة إلى ذلك

يظهر عجز معرفي في الأمراض النفسية. ففي الاكتئابات تتضرر الوظائف التنفيذية والذاكرة والانتباه والقدرة على التركيز. وتظهر المشكلات في هذه المجالات بشكل خاص في عندما يكون مقدار "الجهود المعرفية" اللازمة عالياً. ويشمل العجز النفسي المعرفي في الفصامات الانتباه والوظائف الإجرائية والذاكرة اللفظية.

ناهيك عن أنه في السنوات الأخيرة قد ازدادت الحالات التي يشكو فيها الناس من تضررات في الإنجاز المعرفي وواجه النفسانيون العصبيون والأطباء السؤال ما مدى أن يكون الأمر عبارة عن أمر زائف (محاكاة) Simulation أو تفاقم aggravation. ومن أجل الإجابة عن هذا السؤال تم تطوير ما يسمى بالاختبارات والبطاريات "الحساسة للتظاهر" (من نحو بطارية اختبارات علم النفس العصبي القضائي Heubrock & Petermann,2000).

6-بناء العلاقة

تقود تأذيات الدماغ إلى قصور نفسي عصبي متنوع. وقد تم في الماضي تطوير عدد كبير من البرامج العلاجية الخاصة لمعالجة القصور المعرفي (Wilson & Zang). وبالإضافة إلى القصور المعرفي تظهر أضرار سلوكية وانفعالية يمكن أن تؤثر بشدة على الحياة اليومية ونجاح إعادة التأهيل. كما تعد العوامل النفسية الاجتماعية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لإعادة التأهيل والتي أيضاً يفترض تحديدها في العملية العلاجية. ومن المهم إشراك الأسرة هنا، إذ يمكن للأسرة أو للشخص القريب جداً من المريض أن يقدم دعماً انفعالياً وعلاجياً مهماً بأن يأخذ دور المعالج المساعد أو يدعم المريض في حياته اليومية. وبالطبع قد يقود هذا إلى فرط الضغط والشعور بالعجز. ومن أجل معالجة المشكلات الأسرية هناك التربية-الأسرية والمريض والاستشارة الأسرية والعلاج الأسري ومجموعات المساعدة الذاتية للمرضى وأفراد الأسرة (Gauggel & Schoof-Tams,2000). إلا أنه قد تحصل عواقب غير ملائمة في بعض الأحيان عندما يتولى أفراد الأسرة أو غيرهم من الأشخاص المرجعيين المهام التي يمكن للمريض أن

يقوم بها بنفسه. وبالمقدار نفسه يمكن لعوامل البيئة كالوصول إلى وسائط النقل الملائمة والاعتبارات الاقتصادية أن تؤثر على مجرى المرض.

ويكمن هدف التشخيص النفسي العصبي في وصف الأضرار الانفعالية والمعرفية وإمكانات التعويض لدى المريض على حد سواء. ومن بين الأضرار الانفعالية التي يتكرر ظهورها نتيجة لتأذي الدماغ الاكتئابات وأمراض القلق واضطرابات التكيف وغيرها (Gauggel & Schoof-Tams,2000). وتقود التضررات المعرفية والنفسية في العادة إلى ضغط شديد بالمعاناة لدى المريض. ومن هنا يعد المقدار العالي من التعاطف والمعرفة بالأسس العصبية والدماغية على درجة كبيرة من الأهمية في العلاج النفسي (أنظر الفصل 36–الكتاب الثالث الجزء الثاني).

وبالنسبة للمعالجة النفسانية للمرضى المصابين بتأذيات دماغية فإن الإشكالية بشكل خاص تكمن في احتمال تأثير القصور المعرفي بشكل كبير على العلاج. ومن بينها مشكلات الانتباه والذاكرة ونقص القدرة على التجريد والتخطيط وحل المشكلات وانخفاض القدرة على التحكم بالنفس واضطرابات الكلام واللغة، ومن هنا لابد من اختيار إجراء مبني بشدة وبتتابعات قصيرة وتكرارات. وتعد اضطرابات الاستبصار مشكلة لأنها يمكن أن تعيق إعادة التأهيل. وهنا ينصح في العلاج النفساني المزج بين التدخلات الداعمة وتدخلات المواجهة (Gauggel & Schoof-Tams,2000).

7- خلاصة واستنتاجات

يهدف علم النفس العصبي الإكلينيكي إلى تحديد ووصف الأعطاب المعرفية في الوظائف والتغيرات الانفعالية بعد التأذي الدماغي. ومن بين المجالات الوظيفية ذات الصلة الإدراك والانتباه والذاكرة والإنجازات الذهنية العامة والوظائف التنفيذية والخبرة الانفعالية. وهنا فإن أسباب الاضطرابات الدماغية متنوعة وتتضمن رضوض الجمجمة والدماغ والأمراض الدماغية الوعائية والعدوى والأمراض التهدمية العصبية. ناهيك عن أنه يمكن استنتاج وجود أعطاب دماغية في الأمراض الطبية النفسية.

ولتحديد القصور المعرفي يوجد عدد كبير من الأساليب النفسية العصبية الاختبارية التي يمكن استخدامها حسب المسألة ونوع المرض ومكان الأذى. ويعد قياس التغيرات الانفعالية على درجة كبيرة من الأهمية. إلا أنه من الصعب في الغالب تحديد التفاعل بين المتغيرات الانفعالية والوظائف المعرفية، إلا أنه هنا لابد لنا من الأخذ بعين الاعتبار بأنه لم يتم تطوير هذه الأدوات بهدف فحص المرضى بأمراض نفسية عصبية أو آفات دماغية. ومن هنا فإنه يغلب أن تتضمن الأدوات الاختبارية النفسية-الإكلينيكية التقليدية مسائل تشمل الأعراض الجسدية أو التغيرات الأخرى والتي تظهر على أساس المرض الجسدي، وليس على أساس الحالة الانفعالية. ولتحسين تشخيص التغيرات الانفعالية من المرغوب به في المستقبل تطوير أدوات قياس للتغيرات الانفعالية نتيجة الأذيات الدماغية أو الأمراض العصبية. وهذا يعد مهماً بالنسبة لتقويم برامج العلاج النفسي النفساني التي ينبغي أن يتم استخدامها في العادة كإكمال لبرامج العلاج النفسي العصبي التقليدية.

16- اضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسيا

روزيليند ليب Roselind Lieb

1- مدخل
2- الوصف والانتشار
3- تصنيف الاضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسياً
4- التشخيص التفريقي
5- الخطوات التشخيصية
6- طرق الحصول على المعلومات
   6.1 المقابلات التشخيصية
   6.2 أدوات الفرز والاستبيانات
7- ملاحظات ختامية

1-مدخل

هدف التشخيص النفسي الإكلينيكي للاضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسياً[1] تحديد الأعراض الفيزيولوجية والاستعرافية – الانفعالية والسلوكية والاجتماعية المرافقة التي يمكن أن تظهر في سياق استهلاك المواد المؤثرة نفسياً. وهي تمثل حدثاً شديد التعقيد يشمل استناداً إلى فويرلاين ومجموعته (Feuerlein et al.,1998) المركبات التالية:

أ – تحديد استهلاك المواد

ب– الترتيب التصنيفي

---

(1) يشمل مفهوم المواد "المواد المؤثرة نفسياً" هنا كل المواد التي يمكن من خلال تناولها بالمعنى الواسع تغيير الحوادث النفسية أو السلوكية عبر العمليات العصبية المركزية.

ج- التوضيح الكلي لنقطة البداية للشخص المعني (بما في ذلك المحيط الاجتماعي)
د- تشخيص المآل الفردي (عند وضع تقرير الخبرة على سبيل المثال)
هـ- الترتيب أو التصنيف العلاجي (الدلائل العلاجية Therapy Indication)
و- التشخيص بالنسبة للتدخلات الخاصة في إطار برنامج علاجي.

وقد انبثقت هذه المنهجية عن تاريخ طويل من تشخيص الاستهلاك وسوء الاستخدام والتعلق بالمواد المؤثرة نفسياً.

2- الوصف والانتشار

نتحدث عن الاستهلاك الضار أو سوء الاستخدام المؤذي للمواد المؤثرة نفسياً عندما يقود الاستهلاك المتكرر لدى الشخص المعني إلى عواقب مؤذية متكررة. مثال ذلك هنا الصعوبات في العمل أو فقدانه أو المشكلات القانونية أو الصعوبات الأسرية التفاعلية. وعلى العكس من هذا يظهر التعلق بالمادة على شكل أعراض استعرافية وسلوكية وفيزيولوجية، تشير إلى أن الشخص المعني لا يتوقف عن استهلاك المادة على الرغم من وجود مضاعفات مرتبطة بالمادة. ومن الأعراض المميزة للتعلق نشير إلى أعراض السحب النفسية والجسدية (فرط النشاط الإعاشي والإعياء والإقياء والأعراض النفسية والمزاج العكر أو الانزعاجdysphoria) أو تطور التحمل تجاه تأثير المادة. وإلى جانب تطور التحمل وظهور أعراض السحب يظهر التعلق بالمادة إكلينيكياً أيضاً عبر أعراض سلوكية معينة (كتقييد النشاطات الاجتماعية بسبب الاستهلاك مثلاً) وأعراض معرفية (كالرغبة الدائمة للتحكم بالاستهلاك مثلاً)، والتي تشير إلى الاستهلاك القهري. وفي التعلق ليس بالضرورة أن تظهر الأعراض الجسدية، فهي ليست إلزامية obligatory للتشخيص الإكلينيكي (أنظر أدناه). وفي إطار التعلق بالمادة يغلب أن تظهر بشكل إضافي لدى الأشخاص المعنيين فقدان الاهتمامات السابقة ولامبالاة تجاه المحيط وتجاه الذات. كما يمكن للاستهلاك طويل الأمد والمزمن – بغض

النظر عن تطور إشكالية تعلق- أن يقود إلى أذى شديد في الأعضاء الداخلية (الكبد، الكليتين) وتغيرات وظيفية وبنيوية في الجهاز العصبي (كفقدان الإنجاز المعرفي على سبيل المثال).

ويعد سوء استخدام المواد والتعلق بها من أكثر الاضطرابات النفسية التي تظهر بين السكان عموماً. وطبقاً لوزنها حظي تطوير الأدوات التشخيصية بأهمية كبيرة.

ومن المؤكد أن الانتشار الأوسع يتعلق باستهلاك العقاقير القانونية. إلا أنه لا يمكننا أيضاً تجاهل الأهمية الجائحية (الانتشار الواسع) لاستهلاك المواد غير القانونية.

النيكوتين

في المراحل التطورية المبكرة للباثولوجيا المرضية Early Developmental Stages of Psychopathology(EDSP)وهي دراسة طولية جائحية أجريت بين عامي 1999-2004 في ميونخ بنيت بتصميم مركب على عينة ممثلة قوامها (3021) يافع وراشد شاب بصورة استرجاعية وتتبعية retrospective and prospective كان من ضمنها استهلاك المواد والتعلق بها بوساطة منظومة الخبراء التشخيصية المعيارية للاضطرابات النفسية Diagnostically Experts System for Psychological Disorders (DIA-X; Wittchen & Pfister,1977)، ظهر أن (76.3٪) من هذه المجموعة العمرية قد تناولوا التبغ مرة واحدة على الأقل في حياتهم. وقد تم سحب الاستهلاك المنتظم للنيكوتين، الذي حدد بالاستهلاك اليومي ضمن فترة زمنية تبلغ أربعة أسابيع على الأقل، على مدى الحياة فبلغ (35.9٪) لدى الأشخاص المسؤولين (Lieb et al., 2000). وقد حقق 18٪ من العينة محكات الدي.أس.أم. الرابع للتعلق بالنيكوتين. وكنتيجة مهمة ظهر أن الشبان ذكوراً وإناثاً يظهرون نسباً عالية من التدخين المنتظم والتعلق بالنيكوتين..

الكحول

ظهر في المسح الصحي الاتحادي الذي جرى في العام 1998 على عينة ممثلة بين 18-

65 سنة وتم استقصاء الاضطرابات النفسية كما هو في الدراسة السابقة بوساطة مقابلة DIA-X سوء استهلاك للكحول/ التعلق به بنسبة مقدارها 8.5٪ انتشار مدى الحياة. وفي السنة السابقة للفحص وجدت نسبة من سوء الاستهلاك أو تعلق بالكحول مقدارها 4,1٪ من أشخاص هذه المجموعة العمرية وفق المحكات التشخيصية للدي.أس.أم. الرابع (Jacobi et al.,2004). وفي دراسة ميونخ EDSP ظهر أن كل المسؤولين تقريباً بين سن 14–24 قد تناولوا الكحول مرة واحدة على الأقل في حياتهم (94,5٪). وقد أجاب (64.8٪) من المسؤولين بنعم على الاستهلاك المنتظم للكحول، الذي حدد بالاستهلاك الشهري للكحول على الأقل. وحققت نسبة مقدارها (9,7) من هذه المجموعة العمرية، أي واحد من عشرة أشخاص، محكات الدي.أس.أم. الرابع مسحوبة على مدى الحياة لسوء استهلاك الكحول و (6.2٪) محكات التعلق بالكحول. وبلغت هذه النسب في السنة السابقة للدراسة (5,5٪) (سوء استهلاك الكحول) و(4,7٪) التعلق بالكحول.

العقاقير غير القانونية

في دراسة EDSP على 3021 شخص في السن الواقعة بين 14–24 سنة ذكر (34.9٪) من المسؤولين تناولهم مادة مؤثرة نفسياً مرة واحدة على الأقل في حياتهم – وهنا ظهر أن القنب من أكثر المواد غير القانونية المستهلكة (33٪؛ Lieb, et al.,2000). وقد حقق (2.9٪) محكات سوء استهلاك العقاقير غير القانونية، وبالنسبة للتعلق ظهر انتشار مدى الحياة مقداره (2٪) (Wittchen et al,1998)، وبلغت نسبة 12 شهر انتشار بين (1.7٪) (سوء استهلاك) و(1,3٪) (تعلق).

وفي المسح الصحي الاتحادي ظهر بالمجموع انتشار مدى الحياة (2,1٪) بالنسبة لسوء الاستهلاك/ التعلق بالنسبة للشعب الألماني في سن الرشد (Jacobi et al.,2004). وفي العام السابق للفحص حقق (0.7٪) من الراشدين السكان محكات سوء الاستهلاك/ التعلق بالعقاقير غير القانونية. ويترافق سوء استهلاك العقاقير غير

القانونية والتعلق بنسبة عالية من الاختلاطية. وقد وجدت بالدرجة الأولى أعراض وجدانية مرافقة، يعقبها اضطرابات القلق وكذلك اضطرابات في الشخصية وذهانات.

3- تصنيف الاضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسيا

بغض النظر عن محكات التشخيص الخاصة لكلتا المنظومتين من التشخيص الآي.سي.دي. العاشر[1] والدي.أس.أم. الرابع معدل النص ICD-10-DSM-IV-TR فإنهما يشتركان معاً بأنهما لم يعودا يستخدمان مفاهيم إدمان غير محددة وواصمة إلى حد ما، وإنما يحددان محكات تشخيص واضحة بالنسبة للاضطرابات المختلفة، التي يمكن أن تظهر في سياق استهلاك المواد المؤثرة نفسياً (Freyberger & Stieglitz,2001).

فقد تم تصنيف الاضطرابات التي تظهر في سياق المواد المؤثرة نفسياً في الدي.أس.أم. الرابع معدل النص ضمن الفئة الرئيسية "اضطرابات ناجمة عن المواد المؤثرة نفسياً" (291.xx, 292.xx,303.xx,304.xx,305.xx) وفي الآي.سي.دي. تحت "الاضطرابات النفسية والسلوكية من خلال المواد المؤثرة نفسياً" (F1). وفي كلتا المنظومتين نجد ضمن الفئات الرئيسية عدد كبير من صور الاضطرابات الإكلينيكية التي يمكن تشخيصها في سياق استهلاك المواد الخاصة.

واستنادا إلى التحديد الاصطلاحي للدي.أس.أم. الرابع يمكن تقسيم هذه الاضطرابات بصورة عامة إلى اضطرابات ناجمة عن استهلاك المواد، واضطرابات مستثارة بالمواد. وتتضمن المواد الناجمة عن استهلاك المواد هنا صور الاضطرابات التي تم وصفها سابقاً ":سوء الاستهلاك" و"التعلق بالمادة" أما الاضطرابات المستثارة بالمادة فتشمل بالمقابل على التسمم بالمادة وسحب المادة والاضطرابات النفسية التي تستثيرها المادة (وصفت في الدي.أس.أم.في إطار مجموعة الاضطراب ذات الصلة).

---

(1) في هذا الفصل تم الاستناد على محكات البحث للآي سي دي العاشر فقط.

ويعرض جدول (1) المحكات التشخيصية للآي.سي.دي. العاشر والدي.أس.أم. الرابع معدل النص لسوء استهلاك المواد والتعلق بها.

جدول (1): المحكات التشخيصية للتعلق بالمواد وسوء استهلاكها أو الاستهلاك الضار وفق الدي.أس.أم. والآي.سي.دي.

التعلق بالمواد وفق DSM-IV-TR (30x.x)	التعلق بالمواد وفق ICD-10 (F1x.2)
نمط غير ملائم من استهلاك المادة يقود بطريقة ذات أهمية إكلينيكية إلى الأذى أو المعاناة حيث يفترض أن تنطبق على الأقل ثلاثة من المحكات التالية التي تظهر قي أي وقت خلال الأشهر الاثنا عشر نفسها: 1- ظهور التحمل، المحدد بالمحكات التالية: أ- التشوق للرفع الواضح للجرعة من أجل إحداث حالة التسمم أو الأثر المرغوب، ب- التأثير المتناقص بوضوح عند مواصلة التناول للجرعة نفسها. 2- أعراض السحب، التي تظهر من خلال المحكات التالية: أ - متلازمة سحب نمطية للمادة المعنية ب- يتم تناول المادة نفسها (أو مادة شبيهة جداً)، لتخفيف أعراض السحب أو تجنبها. 3- غالباً ما يتم تناول المادة بكمية أكبر أو لفترة أطول مما هو منوي.	ينبغي أن تتوفر ثلاثة أو أكثر من المحكات التالية معاً لشهر واحد على الأقل. وفي حال ظهورها لوقت قصير فقط مع بعضها لابد من توفرها بشكل متكرر لفترة اثنا عشر شهراً. 1- التشوق الشديد أو نوع من القسر لاستهلاك المادة. 2- التحكم الضعيف باستهلاك المادة، أي من خلال البدء أو الإنهاء أو كمية الاستهلاك يصبح واضحاً أنه يتم الاستهلاك من المادة أكثر أو لفترة طويلة أكثر مما هو مخطط أو المحاولات الفاشلة أو الرغبة المستمرة بالتقليل من استهلاك المادة أو التحكم بها. 3- متلازمة السحب الجسدي عندما يتم التقليل من المادة أو التوقف عنها، مع أعراض السحب المميزة للمادة أو بشكل مثبت من خلال استهلاك المادة

التعلق بالمواد وفق DSM-IV-TR (30x.x)	التعلق بالمواد وفق ICD-10 (F1x.2)
4- الرغبة المستمرة أو المحاولات الفاشلة لتخفيض استهلاك المادة أو للتحكم باستهلاكها. 5- قضاء الكثير من الوقت في تصرفات للحصول على المادة (كمراجعة الأطباء المختلفين أو السفر لمسافات بعيدة)، ولتناولها (كثرة التدخين: السيجارة تلو الأخرى على سبيل المثال) أو للتخلص من تأثيرها. 6- يتم التخلي عن العلاقات الاجتماعية المهمة أو المهنية أو أوقات وقت الفراغ بسبب استهلاك المادة أو التقليل من هذه العلاقات. 7- استمرار استهلاك المادة على الرغم من المعرفة باستمرار أو عودة المشكلة الجسدية أو النفسية، التي يحتمل أن سببها المادة أو أن المادة قد قوتها (كاستمرار استهلاك الكوكائين على الرغم من المعرفة بالاكتئاب المستثار بالكوكايين أو الاستمرار بالشرب على الرغم من المعرفة بأن القرحة تزداد سوءاً من خلال استهلاك الكحول) حدد فيما إذا كان مع (المحك 1 أو 2 متحققان) أو من دون التعلق الجسدي.	نفسها أو مادة شبيهة، من أجل التقليل من أعراض السحب أو تجنبها. 4 تطور التحمل تجاه آثار المادة. من أجل تحقيق التسمم أو الوصول للأثر المرغوب لابد من تناول كمية كبيرة من المادة أو تظهر بوضوح عند استهلاك الكمية نفسها تأثيرات أقل. 5- التضييق على استهلاك المادة، بوضوح من خلال التخلي أو إهمال المتع الأخرى المهمة أو مجالات الاهتمامات بسبب استهلاك المادة؛ أو يتم استهلاك الكثير من الوقت للحصول على المادة؛ أو للتخلص من آثارها. 6- الاستهلاك المستمر على الرغم من العواقب الضارة الواضحة، الاستهلاك المستمر بوضوح على الرغم من أن المعني كان مدركاً لنوع ومقدار الأذى أو كان عليه أن يعرف مقدار الأذى.

ويظهر من الجدول (1) أنه قد تم في كلتا المنظومتين تعريف التعلق بالمواد في الدي.أس.أم. الرابع المعدل أو متلازمة التعلق (الآي.سي.دي. العاشر) على شكل عنقود من الأعراض. وهذا يعني بأنه لا ينبغي أن يتوفر عرض نوعي واحد وإنما مجموعة من الأعراض المختلفة (ثلاثة على الأقل) من النوع الجسدي أو النفسي أو السلوكي ضمن فترة زمنية محددة (سنة) من أجل التمكن من طرح التشخيص. ويتضح أنه في كلتا المنظومتين لا يتعلق الأمر في متلازمة التعلق بظاهرة متجانسة إكلينيكياً وإنما بظاهرة غير متجانسة، تتجلى فيها أعراض مختلفة. والسمة الأساسية هنا هو أن الشخص لا يتوقف عن استهلاك المادة على الرغم من ظهور المشكلات الوخيمة. وحسب محكات التشخيص في الدي.أس.أم. الرابع يوجد سوء استهلاك للمادة عندما تظهر مشكلات جسدية بالنتيجة أو مشكلات اجتماعية وبين شخصية (تفاعلية) كذلك بسبب استهلاك المادة من دون وجود تعلق (أنظر الجدول 1). وفي الآي.سي.دي. العاشر نجد الفئة التشخيصية "الاستهلاك الضار" دلالة على سوء استهلاك المادة. ويمكن إعطاء هذا التشخيص عندما تظهر أضرار صحية نفسية أو جسدية نتيجة للاستهلاك. وعلى العكس من الدي.أس.أم. الرابع لم يتم إدراج العواقب الاجتماعية الضارة كمحك للتشخيص. وفي الدي.أس.أم. وفي الآي.سي.دي. على حد سواء تم تحديد محكات تشخيص سوء الاستهلاك أو التعلق بشكل عابر للمادة وتستخدم تقريباً لكل فئات المواد المحددة في كلتا المنظومتين. ولا تحتل في كلتا المنظومتين كمية المادة المستهلكة أية أهمية تشخيصية فيما يتعلق بعمومية الاضطراب.

وإلى جانب الاضطرابات النفسية التي يمكن عزوها لاستهلاك المواد تتضمن الاضطرابات المستثارة بالمادة في الدي.أس.أم. الرابع وفي الآي.سي.دي. العاشر التسمم بالمادة وسحب المادة. وحسب الدي.أس.أم. الرابع فإن المحك الأساسي للتسمم بالمادة هو تطوير متلازمة شبه نوعية عكوسة، يمكن عزوها إلى التناول السابق لمادة ما. أما السمة الأساسية لسحب المادة فهي بالمقابل تطور تصرفات غير تكيفية مع

تضررات جسدية أو معرفية تعزى لإنهاء أو تخفيض الاستهلاك الكبير أو الممتد لفترة زمنية طويلة. وعلى عكس التعلق وسوء الاستهلاك تم وضع محكات تشخيصية في الدي.أس.أم. الرابع معدل النص والآي.سي.دي. العاشر بالنسبة للتسمم بالمادة وسحب المادة، التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار في أثناء طرح التشخيص. ويقدم جدول (2) أمثلة لمحكات التشخيص للدي.أس.أم. الرابع معدل النص بالنسبة للتسمم بالكحول والقنب.

الجدول (2) المحكات التشخيصية للتسمم بالكحول والقنب وفق DSM-IV-TR

التسمم بالكحول (DSM-IV-TR(292.89	التسمم بالكحول (DSM-IV-TR(303.00
(A) استهلاك للقنب يرجع لوقت قصير (B) تغيرات نفسية أو سلوكية غير ملائمة مهمة إكلينيكياً (تضرر التنسيق الحركي، الغبطة Euphoria، القلق، الشعور بتباطؤ الوقت، تضر القدرة على الحكم، الانسحاب الاجتماعي على سبيل المثال)، التي تظهر في أثناء استهلاك القنب أو بعد وقت قصير منه. (C) على الأقل عرضان من الأعراض التالية تتطور خلال ساعتين بعد استهلاك القنب: 1-احتقان الملتحمة conjunctiva Injection (اتضاح أوعية محجر العين Eye Bulbous) 2-زيادة الشهية	(A) استهلاك للكحول يرجع لوقت قصير (B) تغيرات نفسية أو سلوكية غير ملائمة مهمة إكلينيكياً (سلوك عدواني أو جنسي، عدم استقرار وجداني، تضرر القدرة على الحكم، تضر في المجال السلوكي أو المهني على سبيل المثال)، يظهر في أثناء استهلاك الكحول أو بعد وقت قصير منه. (C) على الأقل واحد من الأعراض التالية يتطور في أثناء استهلاك الكحول أو بعد استهلاكه بوقت قصير 1-لغة رخوة 2-اضطرابات تنسيق

التسمم بالكحول (DSM-IV-TR(292.89	التسمم بالكحول (DSM-IV-TR(303.00
3-جفاف الفم 4-خفقان القلب tachycardia (D) لا ترجع الأعراض لعامل مرضي طبي ولا يمكن تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب نفسي آخر. حدد: فيما إذا كان مع أو من دون اضطرابات إدراك.	3-مشية غير واثقة (مختلة)، 4-رأرأة (تذبذب سريع لا إرادي في مقلتي العين nystagmus) 5-اضطرابات انتباه وذاكرة 6-خدار stupor أو غيبوبة Coma (D) لا ترجع الأعراض لعامل مرضي طبي ولا يمكن تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب نفسي آخر.

4-التشخيص التفريقي

لو استرشدنا بالمحكات التشخيصية التفريقية للدي.أس.أم. الرابع معدل النص فلا بد بداية من التوضيح فيما إذا كان الأمر يتعلق باستهلاك غير ملفت للنظر (متخف) للمادة أم بتناول أدوية طبية. والتوضيح التشخيصي التفريقي يمكن أن يتم هنا من خلال وجود زيادة للتحمل وأعراض السحب والاستهلاك القهري ووجود مشكلات متعلقة بالمادة (من نحو مشكلات قانونية بسبب الاستهلاك على سبيل المثال). وفي أعراض محددة لابد كذلك من التوضيح التفريقي فيما إذا كان يظهر التسمم بالمادة أو السحب أيضاً. وتشير الأعراض إلى وجود تسمم عندما تظهر في أثناء الاستهلاك وتتراجع بعد التوقف. فإذا ما ظهرت الأعراض بالمقابل بعد إنهاء استهلاك المادة فإنها تكون أقرب لأعراض السحب. وفي إطار التشخيص التفريقي لابد كذلك من الانتباه إلى بأن الاضطرابات المستثارة بالمادة يمكن أن تترافق بشذوذات نفسية، يمكن أن تظهر في الاضطرابات النفسية الأخرى (كاضطرابات القلق على سبيل المثال). وتشخيص الاضطراب المستثار بالمادة ينبغي ألا يعطى وفق الدي.أس.أم. الرابع إذا كانت الأعراض

قد كانت قائمة بشكل أساسي في إطار اضطرابات نفسية أخرى وازدادت سوءاً من خلال التسمم. والتشخيص التفريقي الآخر يتعلق بالسؤال فيما إذا كانت أعراض محددة ملحوظة (اضطرابات التنسيق على سبيل المثال) لا تظهر في إطار مرض جسدي وعندئذ ينبغي ترتيبها تصنيفياً ضمن تلك المجموعة.

والسؤال المتعلق فيما إذا كانت الأعراض النفسية واقعة ضمن اضطراب نفسي آخر أم هي نتيجة مباشرة لاستهلاك مادة، يمكن الإجابة عنه من خلال الارتباط الزمني بين بداية ونهاية تأثير المادة وبداية ونهاية الأعراض. فإذا ما كانت الأعراض النفسية ظاهرة قبل بداية استهلاك المادة أو تظهر كذلك في أثناء الفترات التي لا يوجد فيها استهلاك طويل الأمد، فإن هذا لا يؤيد أن الأعراض هي النتيجة المباشرة لاستهلاك المادة. وقد تم في الدي.أس.أم. الرابع إعطاء قاعدة ثابتة بأن الأعراض التي تستمر لأكثر من شهر بعد انتهاء التسمم أو أعراض السحب لابد من اعتبارها من الناحية التشخيصية التفريقية كتجل لاضطراب نفسي غير مستثار بالمادة.

5- الخطوات التشخيصية

يمكن تقسيم المرحلة التشخيصية في تحديد أمراض المواد إلى الخطوات التالية:

1- السيرة المرضية: الانطباع العام، تاريخ الإدمان (السيرة الإدمانية)، الخلفية التاريخية الحياتية، الخلفية الاجتماعية
2- الفحص النفسي المرضي والتشخيص
3- الأسباب الجسمية والمضاعفات
4- تحليل سلوك المشكلة
5- الإجراءات التشخيصية التي يتم إجراؤها خلال العلاج

الخطوة الأولى: السيرة المرضية

في الخطوة الأولى يتعلق الأمر بداية بالحصول على الانطباع الأول حول حالة الشخص المعني والشكاوى التي يصفها. وغالباً ما لا تتم ملاحظة وجود مشكلة مواد بداية عند الشخص الذي يتم تشخيصه بناء على بيانات السيرة المرضية أو على أدوات التشخيص المطبقة، وإنما على أساس وجود أعراض خاصة بالمواد. وبهذا تحظى الملاحظة الفاعلة للأعراض الخاصة بالمواد بأهمية كبيرة. وفي المربع التالي تم عرض بعض الأعراض الإكلينيكية استناداً إلى سويكا (Soyka,1999) التي تشير للاستهلاك المديد والمرتفع للكحول كمثال.

- العلامات الإكلينيكية التي يمكن أن تشير إلى مشكلة كحول:
- رائحة الكحول من الفم
- ارتجاف الأيدي
- جلد غير نضر، سمات وجه جافة (قاسية)
- وجه محمر، احمرار في ملتحمة العين
- تغيرات نموذجية في الجلد (من نحو شبكات الأوعية، الصدفية psoriasis، تغيرات في الأظافر)
- انخفاض في الحالة العامة
- بنية نمطية (كرش البيرة، متناقض مع ضمور المنكبين وعضلات الرجلين)
- عدم استقرار إعاشي، ارتفاع الميل للتعرق
- مشي مختل
- اضطرابات في المعدة والأمعاء
- ارتفاع قابلية الاستثارة
- اضطرابات نوم
- نقص التركيز، نسيان
- انخفاض في الإنجاز

وإلى جانب ملاحظة الأعراض الخاصة بالمادة يتم في هذه الخطوة السبر التفصيلي لتناول المادة والتطور التاريخ حياتي حتى الآن والاستفسار عن الوضع الراهن بتفصيل. وهذا يشمل الوضع الأسري والمادي والمدرسي والمهني وظروف السكن الحالية والمشكلات القانونية الممكنة. ويعد تحديد الوضع الاجتماعي الراهن مهماً للتخطيط اللاحق للعلاج، هنا بالنسبة لاتخاذ القرار فيما إذا كان العلاج سيتم مركزياً (ترقيدياً) أم في العيادات الخارجية. وفي إطار الخطوة التشخيصية الأولى يتم كذلك توضيح فيما إذا كان الشخص قد لجأ سابقاً إلى أي قسم بسبب مشكلة المادة القائمة وإذا كان نعم ما هو العلاج الذي أجري له. وهناك نقطة أساسية أخرى تتمثل في توضيح مسألة فيما إذا كان الشخص يبدي أفكار أو مخططات انتحار وبالتالي فيما إذا كان من الضروري اتخاذ إجراءات علاجية خاصة. واستكمالاً ينبغي في هذا المقام ملاحظة أن سبر السيرة المرضية قد يبطئ أو يعيق التحديد الملائم والحكم على المشكلة خلال ميول الإخفاء dissimulation والتزوير بشكل كبير. لهذا واستكمالاً للبيانات الذاتية للشخص لابد من الحصول على معلومات من الآخرين (كالزوجة أو الزوج أو أفراد الأسرة على سبيل المثال).

الخطوة الثانية: النتيجة النفسية المرضية والتشخيص

وتتضمن هذه الخطوة إجراء الفحص المرضي النفسي (من نحو اضطرابات الشعور، اضطرابات الوجدان، اضطرابات الوظائف الذاكروية) وطرح التشخيص بمراعاة المسائل التشخيصية التفريقية المذكورة.

ومن أجل الاسترشاد العام الأولي في التشخيص يمكن هنا استخدام أدوات الفرز (أنظر الفقرة 6). وبما أن مشكلات المادة – كما عرضنا أعلاه– غالباً ما تكون مختلطة مع الاضطرابات النفسية الأخرى، فلا بد من التوضيح بالنسبة للتخطيط للعلاج فيما إذا كانت توجد اضطرابات نفسية أخرى إلى جانب مشكلة المادة لدى المعني وإلى أي مدى ينبغي أخذ هذه الاضطرابات بعين الاعتبار في الإجراء العلاجي. وفي هذه المرحلة

التشخيصية تحتل المقابلات المبنية والمعيرة أهمية خاصة (أنظر الفقرة 6)، ذلك أنها تتيح إجراء تشخيص موثوق لطيف واسع من الاضطرابات النفسية بما في ذلك سوء استهلاك المواد والتعلق.

الخطوة الثالثة: الأسباب العضوية والمضاعفات

وتتضمن هذه الخطوة الفحص الجسدي من خلال التوضيح الطبي (الفحص الجسدي) للمضاعفات الطبية الممكنة والأمراض المرافقة، التي قد تكون تطورت نتيجة استهلاك المادة. وهنا كذلك يتعلق الأمر بتوضيح السؤال فيما إذا كان الشخص المعني يستطيع إجراء علاج سحب من الناحية الطبية. وفي هذا الطور التشخيصي يتم كذلك إجراء تحليلات مخبريه وتقويمها (أنظر أدناه). إذ يمكن استخدام المؤشرات المخبرية البيوكيماوية (من نحو اختبار أنزيم[1] (Gamma-Glutamyl-Transferase) (GT) كوسيلة تشخيصية مساعدة بشكل خاص للتوضيح التشخيصي التفريقي للتسمم بمادة ما وللأعراض الخاصة بالسحب (تحاليل دم وتحليلات مخبرية).

الخطوة الرابعة والخامسة: تحليل سلوك المشكلة والإجراءات التشخيصية التي تجرى في أثناء العلاج

وتشمل هذه الخطوة والمهمة بشكل خاص للتخطيط الفردي للعلاج التحليل المفصل للمشكلة (Donohue, Karmely & Starda,2006; Miller5,2006; Sobell, Tonetto & Sobell,1994). ويقوم التشخيص السلوكي الاستعرافي المجرى هنا على النماذج النظرية للتعلم والنماذج الاستعرافية لنشوء واستمرارية مشكلة المادة (قارن عرض النماذج). وتؤكد النظريات النفسية على أن عمليات إشراط تقليدي وإجرائي

---

(1) يوجد هذا الإنزيم في خلايا الكبد و الكلى والبنكرياس . وترتفع نسبته في أمراض الكبد المختلفة الحادة والمزمنة وتليف الكبد وسرطان الكبد و أمراض الكبد الناتجة عن تناول الكحوليات ونادراً ما ترتفع هذه النسبة في التهاب البنكرياس .المعدل الطبيعي:- الذكور 85,15 – 30 وحدةدولية / لتردم .- الإناث 55,5 – 25 وحدة دولية / لتردم.

تلعب دوراً في تطور أنماط الاستهلاك غير الملائمة بشكل خاص. وإلى جانب الإشراط المثيرات المشروطة تقليدياً وآليات التعزيز الإجرائية فإن للعوامل المعرفية أهمية. ففي تطور واستمرارية الاضطرابات. إذ تسهم في نشوء واستمرارية الاضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسياً عوامل فيزيولوجية ومعرفية وسلوكية واجتماعية. والتشخيص السلوكي المعرفي يبرز بمعنى النموذج النفسي الاجتماعي البيولوجي التصرفات المرتبطة بشكل مباشر باستهلاك المواد والشروط الخارجية والداخلية المرتبطة بها وظيفياً على حد سواء. وهنا يتم سبر سلوك المشكلة على المستويات المعرفية–الانفعالية والسلوكية الفيزيولوجية. ويتم دمج كل المعلومات التشخيصية المستقصاة بنموذج تفسير فردي وممكن بالنسبة للشخص المعني، يربط أيضاً الأحداث التاريخ حياتية ويتم على أساسها اشتقاق استراتيجيات علاج ملموسة.

ويتم حسب ميزات النموذج الحصول على:

1- الظروف المثيرة الإشراطية التقليدية التي تستطيع استثارة التشوق craving للمادة.

2- المثيرات الدلالية، التي تحفز لاستهلاك المادة، أي التي تشير إلى المعززات الإيجابية وكذلك السلبية أيضاً للسلوك (التأثيرات الغابطة، تقليل القلق على سبيل المثال). ومن بين ذلك يمكن لمثل هذه المثيرات أن تكون الوجود مع أشخاص معينين أو في مكان معين أو في مواقف ضغط خاصة. ويعد تحليل السلاسل المركبة للمشكلة التي يمكن أن ترتبط مع الاختلاطية (كالقلق الاجتماعي واستهلاك الكحول على سبيل المثال) على درجة خاصة من الأهمية. وفي سياق الوقاية من الانتكاس وعند تحليل الظروف المثيرة يحتل تحديد مواقف الانتكاس الحرجة أهمية خاصة.

3- الاستعرفات الإشكالية لاستقبال المعلومات وتمثلها والتحكم بالتصرف وتقويمه. وتلعب مثل هذه الاستعرافات وغيرها في استهلاك المواد دوراً، التي تمنع احتمال ظهور سلوك بديل لاستهلاك المادة (الإدراك الانتقائي لمواقف الإغواء، التصويرات السلبية أو الافتراضات الخاصة بالإدمان مثل: "لا يمكن تحمل العالم

إلا في حال السكر" على سبيل المثال)، وكذلك أيضاً التوقعات الإيجابية للتأثير التي تصبح مثيرات داخلية لاستهلاك المادة (من نحو النظرة السلبية للذات بالاستناد إلى الإمكانات الذاتية أيضاً للتحكم بسلوك المشكلة). يضاف إلى ذلك غياب الأشكال البديلة للتصرف واستراتيجيات المواجهة التي قد تعارض الاستهلاك وعمليات العزو السلبية التي تزيد من فرص تكرار الاستهلاك.

ولا يهدف تحليل المشكلة إلى التعرف على محاور العلاج فحسب وإنما أيضاً من أجل عمل نموذج تفسير ممكن بالتعاون مع الشخص المعني. وعلى هذا الأساس يمكن بالنسبة للأشخاص المعنيين اشتقاق قرارات علاجية واضحة (شفافة). ويتم عمل تحليل المشكلة في إطار الجلسة التشخيصية. بالإضافة إلى ذلك يمكن كذلك استخدام استبيانات خاصة من أجل القياس الأكثر فاعلية للمعلومات (أنظر لاحقاً). وإلى جانب الاستبيانات المذكورة لاحقاً يمكن استخدام المذكرات اليومية والمقاييس كأدوات تشخيصية مساعدة، والتي يتم استخدامها في الطور التشخيصي ولاحقاً بشكل مرافق للعلاج على حد سواء (كما هو الحال على سبيل المثال في المذكرات اليومية للأفكار في إطار العلاج الاستعرافي). وبالنسبة للتخطيط المباشر للعلاج يمكن بالإضافة إلى ذلك أن يكون من المفيد تحديد أهداف علاجية ملموسة ووصف الهدف النهائي المأمول بدقة. وبوساطة ما يسمى بتدريج تحقيق الهدف يمكن في أثناء العلاج اختبار إلى أي مدى تم تحقيق الأهداف المحددة مسبقاً. ومع انتهاء تحليل المشكلة يفترض أن تكون قد توفرت كل المعلومات التشخيصية التي نحتاجها للتخطيط للعلاج والبدء به.

تحليل الدم والفحوص المخبرية في التسمم بالمواد وسحبها

في حال التسمم يمكن لتحليل الدم والبول أن يفيد لتحديد المواد المشاركة. كما يمكن للفحوص السمية أن تساعد في التشخيص التفريقى، لتحديد أهمية التسمم بالمواد أو أعراض السحب في منشأ (أومفاقمة exacerbation) الاضطرابات النفسية. بالإضافة إلى ذلك يمكن لفحوص تركيز الدم أن تساعد هنا في التفريق بين التسمم وأعراض السحب وتحديد فيما إذا كان لدى الشخص تحمل مرتفع لمجموعة محددة من المواد. وهناك طريقة أخرى لتحديد التحمل تكمن في اختبار استجابة الشخص لدواء مقلد[1] (ناهض) ومناهض[2] (مضاد) Agonistic and Antagonistic Medication. فإذا لم يبدي الشخص أي سمات تسمميه على دواء نوعى فيمكن لهذا يشير إلى وجود تحمل مهم لمواد معينة. كما يمكن للفحوص المخبرية أن تساعد في تحديد أعراض السحب، بأن يتم استخلاص دلالات على إنهاء أو تقليص استهلاك المادة من التحليلات السمية. وعلى الرغم من أنه لا يعود بالإمكان في غالبية فئات المواد برهان استقلابها في البول خلال 48 ساعة بعد تناول الدواء، إلا أنه يمكن لاستقلابات متفرقة لدى بعض الأشخاص ذوي الاستهلاك المزمن أن تظل موجودة لفترة أطول. كما تفيد اختبارات البول في التمييز التشخيصى التفريقى بين أعراض السحب والاضطرابات النفسية الأخرى، لأن أعراض السحب يمكن أن تكون متشابهة جداً مع بعض الأعراض التى تظهر في الاضطرابات النفسية، والتى ليست على علاقة باستهلاك المادة.

ويمكن للتحليلات السمية-الكيماوية لعينات من الدم والبول والشعر أن تكون مفيدة في المواد المختلفة لتحديد آخر استهلاك للمادة وكمية المادة على حد سواء، التى مازالت موجودة في الجسم بعد. كما يمكن لتركيز مادة ما في الدم (كالكحول على سبيل المثال) أن يعطى دلالات على التحمل الذي ربما يكون قد تطور سابقاً للشخص للفئة المفحوصة من المادة. إلا أنه من خلال القيم المخبرية الكيماوية الإكلينيكية للتغيرات المرضية لقيم الكبد لا يمكن

---

(1) الناهض (المقلد) : Agonist دواء يـُفعِّـِل مستقبله لدى ارتباطه به.

(2) المناهض (المضاد) الدوائي : Pharmacologic antagonist دواء يرتبط بمستقبله دون أن يـُفـَعِّله.

الاستنتاج تشخيصياً فيما إذا كان هناك تعلقاً أو سوء استخدام/ استهلاك مؤذ للمواد لدى الشخص المعنى. ويرجع هذا إلى الحساسية غير الباعثة على الرضا وإلى خصوصية القيم المتوفرة وإلى الاستنتاج بأن الكمية المستهلكة لمادة ما غير مهمة بالنسبة لطرح تشخيص الاضطرابات من خلال استهلاك المادة. وكذلك أيضاً فإن النتيجة السلبية لا تستبعد كثيراً وجود اضطراب من خلال استهلاك المادة.

6- طرق الحصول على المعلومات

6.1 المقابلات التشخيصية

تم في السنوات الأخيرة تطوير مقابلات معيرة ومبنية يمكن من خلالها تحديد المحكات الإجرائية لمنظومات التشخيص الرائجة في الوقت الراهن من خلال أسئلة مفهومة. وقد أصبحت هذه الأدوات في هذه الأثناء جزءاً لا يمكن الاستغناء عنه ليس في البحث الإمبيريقي فحسب وإنما في التشخيص الإكلينيكي. ومن بين الأدوات المعيرة/ المبنية للاضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسياً وفق الدي.أس.أم. الرابع/ الآي.سي.دي. العاشر يمكن بالنسبة للمحيط الناطق بالألمانية مبدئياً تعداد النسخة الألمانية للمقابلة التشخيصية العالمية المركبة Composite International Diagnostic Interview، ألا وهي منظومة تشخيص الخبراء Diagnostically Experts System for Psychological Disorders التي يرمز لها اختصاراً (DIA-X; Wittchen & Pfister,1997) والمقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. الرابع Structured clinical Interview for DSM-IV[1](SCID; Wittrchen et al.,1997) ملاحق (جداول) التقييم الإكلينيكي في الطب النفسي العصبي Schedules

---

(1) بالألمانية SKID.

SCAN-Interview اختصار for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; (WHO,1995) القائم على الفحص الرسمي الراهن PresentState Examination. وتتيح هذه المقابلات الإكلينيكية المختبرة فيما يتعلق بصدقها وثباتها وبصورة مختلفة عن الاستبيانات – إجراء تشخيص موثوق وشامل لتشخيصات المواد الموجودة في منظومات التصنيف العالمية. وبشكل خاص فإن DIA-Xو SCAN يمكنان إلى جانب تشخيص الاضطرابات القائمة على الكحول والاضطرابات التي يمكن إرجاعها إلى العقاقير غير القانونية، إجراء سبر شامل ومفصل للتعلق بالتبغ. بالإضافة إلى ذلك فإن الأدوات المذكورة تجيز التوضيح الواسع للاضطرابات المختلطة الممكنة. وكأدوات مقابلة خاصة بالمواد هناك بالإضافة إلى ذلك الدليل الأوروبي لشدة الإدمان European Addiction Severity Index (Europ-ASI; Mclellan et al.,1992). والدليل الأوروبي لشدة الإدمان هو عبارة عن مقابلة نصف مبنية ويهدف إلى تحديد المشكلات من كل المجالات التي تصبح ذات أهمية عند التعلق بالعقاقير والكحول. فمن خلال (150) سؤال يتم استقصاء معلومات حول الحالة الجسدية ووضع العمل والمعيشة والوضع القانوني والأسرة والعلاقات الاجتماعية والحالة النفسية وبناء ما يسمى "بروفيل الشدة". وفي إطار التشخيص الإكلينيكي يلائم الدليل بشكل جيد كموجه لسبر السيرة المرضية، إلا أنه لا يتيح طرح تشخيص للمواد وفق الدي.أس.أم. الرابع أو الآي.سي.دي..

6.2 الفرز والاستبيانات

يتوفر في الوقت الراهن في المحيط الناطق بالألمانية تنوع كبير جداً من الصعب الإحاطة به وللأسف لا يحقق دائماً محكات الجودة النظرية للاختبارات بشكل يبعث على الرضا من الاختبارات والاستبيانات لقياس المظاهر المختلفة من استهلاك المواد المؤثرة نفسياً. والغالبية العظمى من الأدوات تستند حتى الآن بشكل أكبر على الكحول وأقل على العقاقير/ الأدوية غير القانونية أو النيكوتين. وحسب بورنغر (Buehringer, 2000) يمكن تفسير هذا من الناحية التاريخية البحثية بأنه قد تم تطوير الأدوات فيما

يتعلق بالكحول للتفريق بين الاستهلاك العادي والضار والتعلقي، في حين أن ذلك لا يبدو ضرورياً بالنسبة للعقاقير، لأنه قد تم بشكل واضح الانطلاق من الاستهلاك الضار لهذه المواد بسبب عدم شرعية امتلاكها والخطر الصحي العالي المفترض بشكل عام.

تصورات النموذج النظري التعلمي والاستعرافي للاضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسيا

المبدأ السلوكي

وفق نموذج الإشراط التقليدي يتم بداية ربط الظروف (الشروط) الداخلية والخارجية مع التأثير الإيجابي للمادة (إشراط). وهذه المنبهات يمكنها بعدئذ بنتيجة الاستجابات الجسدية والانفعالية والدافعية (التفاعل المدفوع Cue reactivity)، يشعر بها المعني كتوق (تشوق) للمادة. ويمكن لهذه المنبهات المثيرة أن تسبب الاستهلاك المتجدد للمادة عبر استثارتها للاستجابات الإشراطية. وينظر هنا للتوق أو النزوع الشخصي لاستهلاك المادة على أنه استجابة متعلمة على مواقف محددة.

المبدأ الاستعرافي

تؤكد التصورات الاستعرافية على أهمية الاستعرافات في مشكلة المواد واضطراباتها. وتقول الفرضيات الأساسية للمبادئ الاستعرافية على أن العمليات الخاصة للإدراك الانتقائي وتصفية الخبراء وآليات الذاكرة وتمثل المعلومات تلعب دوراً نشوئياً مرضياً مهماً. وطبقاً لذلك فإن المبادئ العلاجية تركز على تحديد التغيرات في الاستعرافات المتعلقة بالمشكلة؛ ويبنغي إحداث تعديل في سلوك الاستهلاك المؤذي للنفس من خلال تعديل أنماط التفكير الكامنة خلفها وغير الملائمة.

وسوف نقدم هنا مثال حول مبدأ بيك ورايت ونيومان وليس (Beck,Wright, Newman & Liese,1993,1997). ففي إطار هذا المبدأ يفترض بيك ومجموعته بأن أنماطاً محددة من التفكير مشاركة في تطور سوء استهلاك المواد والتعلق بها. وتلعب الفرضيات

الأساسية المتعلقة بالمادة والقناعات والأفكار الآلية فيما يتعلق بالتوق (التشوق) دوراً خاصاً. وتحتل مركز الصدارة هنا الفرضيات المتعلقة بالمادة ("كأس من الكحول يجعلني استرخي الآن"، أو "لو توقفت عن التدخين سيتراجع أدائي" على سبيل المثال) وإلحاح الأفكار المثيرة ("لا أستطيع تحمل ألا يوجد لدي سجائر في البيت" على سبيل المثال) والتوقعات الإيجابية للتأثير ("بعد ذلك أشعر بالمتعة" على سبيل المثال). ويعد العزو الخاطئ ونقص الكفاءة الذاتية من عوامل الخطر الأساسية بالنسبة للانتكاس.

قياس سوء استهلاك المواد والتعلق بها من خلال DIA-X (Wittchen & Pfister,1997)

تتيح الطبعة الألمانية للمقابلة التشخيصية العالمية المركبة Composite International Diagnostic Interview، المسماة منظومة الخبراء التشخيصية Experts System for psychological Disorders التي يرمز لها اختصاراً (DIA-X; Wittchen & Pfister,1997) القياس المعير بالكامل للمجموعة الأساسية للاضطرابات النفسية، أي الاضطرابات الوجدانية واضطرابات القلق واضطرابات الطعام والاضطرابات ذات الشكل الجسدي واضطرابات المواد. وهذه الأخيرة يتم الحصول عليها من خلال أنواع المواد (النيكوتين، الكحول، العقاقير غير القانونية/ الأدوية)حيث يتم الاستفسار بتفصيل وبصورة خاصةفيما يتعلق بالمادة عن بداية وتكرارا وكمية والمثابرة persistenceعلى استهلاك المادة. ومن خلال الأسئلة المعيرة المستندة على المادة المستهلكة يتم قياس كل المحكات التشخيصية بالنسبة للتعلق وسوء الاستخدام على حد سواء وفق الدي.أس.أم. الرابع. ويعرض الشكل (1) أسئلة منتقاة من DIA-X لقياس التعلق بالكحول كمثال. وقد أمكن اختبار الثبات والصدق في دراسات خاصة.

ويتوفر DIA-X في صيغة ورقة وقلم وفي صيغة محوسبة على حد سواء. ويتيح التحديد المعير للتشخيص وفق الدي.أس.أم. الرابع سواء بالنسبة لمجرى الحياة ككل أم بالنسبة للأشهر الاثنا عشر قبل الفحص.

وارتباطاً بالأهداف المضمونية يمكن تقسيم هذه الأدوات بشكل عام إلى أدوات فرز واستبيانات. وتهدف أدوات الفرز لإعطاء أولى الدلالات الملائمة اقتصادياً وزمنياً على وجود تشخيص (التشخيص المخمن). فإذا ما كان هناك تخمين فلابد من تأكيد التشخيص من خلال أدوات تشخيصية أخرى (المقابلات التشخيصية). وتتوفر في المحيط الناطق بالألمانية أدوات فرز للتعلق بالكحول ذات جودة سيكومترية مقبولة. ونجد عرضاً لهذا في جدول (3).

شكل (1): أمثلة عن الأسئلة لقياس المحكات التشخيصية للتعلق بالكحول (DSM-IV) من DIA-X، (Harcourt Test Services, Frankfort/M)

I11 هل سبق واستنتجت مرة بأنه كان عليك أن تشرب أكثر من الماضي لتحقيق التأثير نفسه، أي بأنك أصبحت تتحمل أكثر؟

A. هل سبق واستنتجت مرة بأن نفس الكمية من الكحول أصبحت تقود لتأثير أقل من الماضي، أي بأنك أصبحت تتحمل أكثر؟

I12 هل سبق وأحسست بتوق أو تشوق قوي للكحول إلى درجة أنك لم تستطع المقاومة؟

A. هل سبق وأحسست بتوق قوي للكحول إلى درجة أنك لم تستطع المقاومة، بحيث أنك لم تعد تستطيع التفكير بغير ذلك؟

I13 هل تشرب في الغالب أكثر أو لفترة زمنية أطول مما تنوي؟

A. هل تناولت مرات عدة الكحول واستنتجت بعدئذ بأنه من الصعب عليك جداً التوقف عن تناوله قبل أن تسكر كلية؟

I14 هل حاولت مرة أن تناول كمية أقل من الكحول أو التوقف عنه كلية؟

A. كم مرة حاولت أن تشرب كمية أقل أو أن تتوقف كلية؟

B. أنظر لو سمحت القائمة 12. بعض الناس يصبحون منزعجين وعصبيين ومتوترين ويشعرون بتوق شديد للكحول، عندما لا يشربون الكحول أو لا يستطيعون تناوله بسبب الظروف الخارجية. فهل ظهرت لديك مثل هذه المشكلات الموجودة في القائمة 12 مرة من المرات؟

وإلى جانب أدوات الفرز توجد استبيانات مختلفة (أدوات تقويم ذاتي في الأساس) لتحديد المعلومات النوعية كعادات الاستهلاك والتوقعات المتعلقة بالمادة والظروف الموقفية للاستهلاك وخطر الانتكاس والثقة بالامتناع abstinence. ويمكن لهذه الأدوات أن تقدم دلائل مفيدة في إطار تحليل المشكلة (أنظر أعلاه) حول التصرفات الخاصة والاستعرافات ومظاهر الموقف، التي يمكن أن تكون مهمة بالنسبة إلى التخطيط للإجراء العلاجي الفردي. وبما أن العرض الشامل سوف يتجاوز المساحة المخصصة لهذا الفصل فإننا نحيل القارئ إلى الكتاب الاليكتروني حول أدوات القياس في مجال الإدمان (EHES;2003). ويقدم جدول (3) مثالاً لقائمة ترير للكحولية (TAT;Funke et al.,1987) واستبيان الثقة بالامتناع(KAZ-35; Koerkel & Schindler,1996).

جدول (3): أدوات فرز واستبيانات منتقاة

الأداة	الصفات المنهجية (الطرائقية)	المحكات	الهدف المضموني
CAGE-G التقليل، الإزعاج، الذنب، فاتح العيون[1] Cut down,	أداة فرز مكونة من 4 أسئلة لعادات الشرب، 2 أو أكثر من الإجابات الإيجابية تشكك بوجود	الاتساق الداخلي: كرونباخ ألفا: 0.72-0.79	تحديد سوء استهلاك الكحول والتعلق

(1) تعبير مجازي: يقصد بها جرعة الكحول التي تؤخذ صباحاً، ليشعر الشخص بأنه صاح (كأن يقول الشخص أحتاج لشرب القهوة صباحاً لأفتح عيوني أو لأصحو جيداً).

الأداة	الصفات المنهجية (الطرائقية)	المحكات	الهدف المضموني
Annoyance, Guilt, Eye-opener Mayfield, et al., 1994	تعلق بالكحول	حساسية جيدة للتعلق بالكحول: الخصوصية باعثة على الرضا	بالكحول
MALT اختبار ميونخ للكحول (Feuerlin et al.,1976;1999)	أداة فرز مكونة من 24 بند للتقويم الذاتي (MALT-S): سلوك الشرب العواقب النفسية والاجتماعية والجسدية و7 بنود تقويم الآخر (MALT-F): الكحولية والأمراض الناجمة	MALT-S: Split-Half:0.94 MALT-F: Test-Retest: 0.72 الحساسية Sensitivity: 0.89 الخصوصية Specifity:1.0	التعرف على خطر الكحولية أو التعلق بالكحول
MAST-G اختبار ميشيغان لفرز الكحولية MichiganAlcoholism Screening-Test (Salzer,1971)	أداة فرز 25 بند للتقويم الذاتي العواقب النفسية والاجتماعية والجسمية للكحولية	Intern Consistence: Cronbachs Alpha: 0.85-0.91 الحساسية: 0.57–1.0 الخصوصية: 0.35–0.95	تحديد تكميمي للكحولية
KFA استبيان مختصر للمعرضين للكحولية (Feuerlin et al.,1989)	أداة فرز مكونة من 22 بند للتقويم الذاتي فيما يتعلق بالمجالات الجسدية والنفسية والاجتماعية للكحولية	التجزئة النصفية: للرجال:0.94: للنساء: 0.89 الخصوصية: الرجال: 0.96، النساء: 0.87 الحساسية: الرجال:	التعرف على خطر الكحولية والتعلق بالكحول. تغطي الأسئلة المجال الجسدي والنفسي

الأداة	الصفات المنهجية (الطرائقية)	المحكات	الهدف المضموني
		0.93، النساء، 0.97	والاجتماعي واستهلاك الكحول.
AUDIT-G اختبار تحديد اضطراب استخدام الكحول Alcohol use Disorder Identification TestSaunders et al., 1993	أداة فرز مكون من 10 بنود للتقويم الذاتي. كمية الشرب، عاداته، التعلق، الاستهلاك	الاتساق الداخلي: ألفا كرونباخ: 0.75 حساسية منخفضة عند درجة القطع 8 الموصى بها	التعرف على الاضطرابات المتعلقة بالكحول والكحولية المشكلة
TAI قائمة ترير للكحولية (Funke et al,1987)	أداة تقويم ذاتي مكونة من 90 سؤال تقيس 7 مقاييس فرعية: 1- الشدة 2- الشرب الاجتماعي والمنفرد 3- الشرب الإدماني 4- دوافع الشرب 5- العواقب والمعالجة الذاتية للأضرار الجسدية الناجمة 6- مشكلات الشريك	الاتساق الداخلي للمقاييس: Guttmann rtt: 0.71-0.92 إعادة الاختبار 0.80-0.89 اختبار الصدق المرتبط بالمحك والصدق التنبؤي	تحديد أنماط الاستهلاك الملفتة للنظر ومتلازمة الإدمان قياس سمات الشخص المتعلقة بالإدمان وبالتعديل من أجل الطرح التفريقي للدلائل (differential Indications)

الأداة	الصفات المنهجية (الطرائقية)	المحكات	الهدف المضموني
	بسبب الشرب 7-الشرب بسبب مشكلات الشريك		
KAZ-35 اختبار قصير للاطمئنان على التقشف (Koekel & Schindler,1996)	أداة تقويم ذاتي مكونة من 35 بند تشمل 4 مقاييس: 1-المشاعر المزعجة 2-التحكم بالشرب 3-الضغط الاجتماعي 4-المشاعر المريحة	الاتساق الداخلي للمقاييس: ألفا كرونباخ: 0.91-0.96 إعادة الاختبار: 0.77-0.93 بيانات الصدق التمييزي، وحول صدق التغير وصدق التطابق	قياس توقعات الكفاءة الذاتية فيما يتعلق بالامتناع عن الكحول
FFT مقياس للشرب الوظيفي (Belitz-Wehmann & Metzler,1997)	أداة تقويم ذاتي مكونة من 93 بند للتقويم الذاتي لتأثيرات الكحول، موزعة على خمسة مقاييس فرعية: 1- التأثير المثير (المهيج excitative) للكحول 2-التأثير العقاقيري النفسي 3- الوظيفة النفسية للكحول 4- خلفية الشرب المستغلة للمعيار	الاتساق الداخلي للمقاييس: ألفا كرونباخ 0.89-0.96	قياس التأثير الإيجابي المأمول والمعاش

الأداة	الصفات المنهجية (الطرائقية)	المحكات	الهدف المضموني
	5- الأعراض فيما يتعلق بالتعلق النفسي والجسدي.		
IDTSA قائمة تناول العقاقير حالات الكحول Inventory of Drug Taking Situations-Alcohol (Annis et al.,1992)	أداة تقويم ذاتي مكونة من 50 بند، موزعة على 8 مقاييس فرعية: 1-حالات الكحول المريحة 2- الشكاوى الجسدية 3- الشرب المضبوط 4- التوق المفاجئ 5- حالات المشاعر المزعجة 6- الاجتماعية (حفلات السهر) 7- الصراعات الاجتماعية 8- الإغواء الاجتماعي	الاتساق الداخلي للمقاييس: ألفا كرونباخ: 0.73- 0.90	قياس مواقف خطر الانتكاس للكحولية

7-ملاحظات ختامية

يعد تشخيص الاضطرابات في سياق المواد المسببة للإدمان مهمة صعبة ومعقدة لأنه لابد من توقع مشكلات خاصة. فحسب سياق العلاج والوضع الاجتماعي للمريض فإن العلاقة بالمشخص غالباً ما تكون مغلفة بالشك ومحاولات الغش. كما أن التأثير الاجتماعي المعياري فيما يتعلق بالعقاقير القانونية بشكل خاص يصعِّب الاستبصار

في المشكلة. ومن هنا فإن جودة التشخيص تعاني من ذلك بشكل كبير إلى حد ما. وبسبب الاختلاطية العالية مع اضطرابات أخرى هناك نقص لنماذج تحليل الشروط خاص بكل تحليل للسلوك والمشكلة الخاصة بالاضطراب. وهذا العيب بأدوات القياس الخاصة بالاضطراب يسهم بنصيبه في التشخيص في هذا المجال من الاضطرابات. كما لابد من توسيع إمكانات التشخيص النفسي العصبي في مشكلات المواد (Horton & Horton,2005). وعلى الرغم من أن التشخيص ملتزم بالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي فإنه يوجد نقص أيضاً في التشخيص القائم على الموارد (قارن الفصل 11 في هذا المجال). فمن المفيد على سبيل المثال مراعاة نوعية الحياة في سياق أشكال الاضطرابات المعروضة على الأقل (Connors, Saunders & Feeney,2006). كما تسهم التأثيرات المعيارية وبشكل خاص في مجال التشخيص التصنيفي في الصعوبات عندما يتعلق الأمر على سبيل المثال بالاتفاق حول السؤال، ما هو الاستهلاك الضار (Grant,1996). ومع كل ذلك يمكن القول باختصار بأن الإمكانات التشخيصية في سوء استخدام المواد والتعلق بها مدروسة بشكل جيد بالمقارنة.

17-الاضطرابات الفصامية

ناتاشا بيشوف وتانيا لينكولن وكلاوديا شنايدر وايكرت شتراوبه

Natascha Bischoff, Tania M. Lincoln, Claudia Schneider & Eckart R. Straube

1- الوصف
2- الانتشار والمجرى والتصنيف النسولوجي
3- التشخيص التصنيفي والتشخيص التفريقي والاختلاطية
4- التشخيص القائم على التعديل
4.1 أهداف التشخيص
4.2 نماذج تفسير
4.3 مجرى التشخيص
5- طرق الحصول على المعلومات
5.1 أدوات لطرح التشخيص
5.2 قياس الأعراض
5.3 تحديد المحيط الاجتماعي
5.4 تحديد العوامل المتعلقة بالشخص
6- علاقة المشخص-المراجع
7- خلاصة واستنتاجات

1-**الوصف** Phenomenology

تعد الاضطرابات الفصامية أمراضاً خطيرة، يحصل فيها ضرر عميق في التفكير واللغة والإدراك والوجدان والسلوك ويفقد فيها المعني في الطور الحاد العلاقة بالواقع. وتعد ظواهر الهذيان من العلامات المميزة التي تظهر في مجرى الاضطراب لدى الغالبية

العظمى من الأشخاص المرضى بالفصام. كما يذكر المرضى وجود أهلاس، كالأصوات التي يسمعونها أو الأفكار التي توحى إليهم من الخارج أو التي يتم سحبها منهم من سلطة خارجية على سبيل المثال. وتظهر اضطرابات في الوجدان لدى مرضى الفصام في صورة تسطح انفعالي أو انفعالات غير ملائمة أو فقدان الاستمتاع Anhedonia. ويكون التواصل مع المحيطين صعباً. كما تتميز الاضطرابات الفصامية بسلسلة من القصور النفسي العصبي في مجالات الإدراك والانتباه والذاكرة والوظائف التنفيذية (الإجرائية) (Moeller & Kasper,2000). وغالباً ما يكون الدافع منخفضاً وينسحب المعنيون من محيطهم.

ويعني المرض بالفصام بالنسبة للمعني وأقاربه تأذي واسع. فهم لايُرْهَقون بأعراض المرض والقصور الاستعرافي التي قد تستمر مدى الحياة فحسب بل تتأذى صورتهم عن ذاتهم وثقتهم بأنفسهم بشدة من خلال المرض. وغالباً ما تحصل إقامات متكررة في المستشفيات مترافقة مع انهيار مهني وانخفاض الاتصالات الاجتماعية وظهور صراعات أسرية. ناهيك عن إمكانية حصول الوصمة والتي يستثيرها المرض (Birchwood & Jackson,2004).

مثال حالة:

يبلغ السيد وديع 42 سنة من العمر، تم تحويله للعيادة الطبية النفسية بعد أن حصلت مناوشات مع متشرد. وعند سؤاله قال بأن المتشرد قد حاول تسميمه بالغاز، وقد اتضح في مجرى الجلسة بأن السيد وديع يتوهم منذ سنوات بالملاحقة، غير أنه لا يعرف من يلاحقه بالضبط، ولكنه لا يمكنه الوثوق بأحد. فعندما يدخل إلى السوبر ماركت يلاحظ كيف تقوم البائعات بدس بضائع مسمومة لإلحاق الأذى به. وقد أجاب عن السؤال كيف خطرت على باله أن هذا العدد الكبير من الناس يريد إلحاق الأذى به ذكر أنه لاحظ وجود تراجع في أداءه الجسدي وتغيرات جسدية، لم يستطيع تفسيرها بغير ذلك.

بدا السيد وديع متوتراً، وإيماءاته بلا تعبير ولم تتضح في الجلسة الانفعالات المتوقعة على مثل هذه المشاعر من الملاحقة الشديدة (الخوف، اليأس). لقد انسحب السيد وديع في السنوات الأخيرة من علاقاته الاجتماعية، وتقتصر اتصالاته الراهنة مع أفراد الأسرة المقربين. كان السيد وديع غير مقتنع بأنه يعاني من مرض نفسي واتهم الأطباء الذين واجهوه بالتشخيص بأنهم جزء من المؤامرة الموجهة ضده.

حضرت السيدة حنان البالغة من العمر 34 سنة للعيادة الخارجية. فقد مرضت للمرة الأولى قبل عشر سنوات بالذهان، حيث شعرت بأن مهنتها كسكرتيرة ترهقها وكانت هناك صراعات في أسرتها، الأمر الذي جعلها تنسحب بشدة ولم تعد تدع أحد يدخل منزلها. وكانت الأصوات تشتمها وتأمرها بتدمير أثاث منزلها. بعد ذلك أحضرها والداها للمستشفى. وبعد عدد من الإقامات السنوية في المستشفى استقرت الأعراض منذ سنتين. وقد تمت إحالتها على التقاعد وتعمل أحياناً عاملة تنظيف. وفي هذه الأثناء تعيش لوحدها بعد إقامتها لبضع سنوات في "مسكن إشراف" ومنعزلة جداً، الأمر الذي تعاني منه بشدة. ومن الصعب عليها التواصل مع الآخرين. وبناء على نصيحة طبيبها النفسي تريد لهذا السبب إجراء علاج سلوكي.

2-الانتشار والمجرى والنسولوجيا (التصنيف المرضي)

تظهر الصورة المرضية للفصام صورة متكررة وتتوزع بالمقدار نفسه في كل الثقافات. وتبلغ نسبة الانتشار مدى الحياة حوالي 1٪، ونسبة الحدوث incidence كل سنة واحد من كل 10000(Jablrnsky et al., 1992). ويصيب الرجال والنساء بالدرجة نفسها، لكن هناك فروق في سن المرض. وعليه يظهر المرض لدى الرجال لأول مرة في سن مبكرة قبل النساء (20–25 سنة مقابل 25–30 سنة) (Gottesman & Shields,1982). ويظهر الأقارب من الدرجة الأولى للأمراض الفصامية خطر مرض مرتفع (McGue & Gottesman,1989). أما مجرى الاضطراب فهو غير متجانس، فبعد بداية إما عفوي أو

متخفية (الطور الإنذاري prodromal Phase) تظهر في الطور الحاد من المرض الأعراض المذكورة أعلاه. وغالباً ما يسبق المرض الأول طور إنذاري يبلغ خمس سنوات في المتوسط (Mauer, Hoerrmann, Tendler, Schmidt & Haefner,2006). وبعد التراجع البطيء للأعراض تأتي مرحلة البقايا، التي تسيطر فيها ما يسمى بالأعراض السلبية (أنظر أدناه). وبعض المرضى يمر بطور واحد من المرض ولدى آخرين عدد من الدفعات أو يكون المجرى مزمناً (Ciompi & Mueller,1976).

ومن المنظور التشخيصي فإن عدم التجانس في الصورة المرضية هو السمة الملفتة للنظر والإشكالية أيضاً للفصام. فقد اختار أويغن بلويلر في عام (1911) في دراسته، التي أدخل فيها مفهوم "الفصام" كوحدة نسولوجية (تصنيفية) بما معناه عنوان "العته المبكر dementia praecox أو مجموعة الفصامات". ومنذ ذلك الحين حتى يومنا هذا يتم تقديم اقتراحات مختلفة لتقسيمات فرعية، مع العلم أن التقسيم الذي اقترحه كريبلين في عام 1883 وبلويلر إلى النمط الزوري (البارانوئي) والتخشبي والمراهقي للفصام و"الفصام البسيط" قد برهن نفسه بشكل جوهري إلى جانب التصنيفات الفرعية الأخرى حتى يومنا هذا. كما أن الفئات الفرعية الأخرى التي تم إدخالها في منظومات التصنيف الراهنة تستند إلى ذلك، إلا أن هناك فئة فرعية تم تسميتها بشكل آخر في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR, APA,2003) وفي التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية (ICD-10-WHO,2000): فقد تم تسمية الشكل المراهقي بالنمط غير المنتظم Disorganize Typus. بالإضافة إلى ذلك يتم التمييز بين النمط غير المتمايز Indifference Typus ونمط البقايا Residual Typus. أما طرح تشخيص شكل الفصام البسيط Schizophrenia Simplex فهو صعب لهذا لا ينصح به في الآي.سي.دي. العاشر.

وتكمن المشكلة التشخيصية في أن الأشكال الفرعية غير قابلة للتمييز عن بعضها بصورة واضحة (أي من خلال سمات سائدة فقط) أو هناك تداخل كبير في الأعراض

من جهة ومن جهة أخرى غالباً ما يتغير ترتيب النمط في مجرى المرض (مشكلة الثبات). ناهيك عن أنه لا يمكن برهان الأنماط الفرعية من خلال محكات خارجية واضحة (مشكلة الصدق)، ذلك أنه حتى الآن من غير الممكن القيام بترتيب (تصنيف) مؤكد ضمن النتائج الموضوعية (من نحو النتائج البيوكيميائية أو الاستعرافية العصبية أو الفيزيولوجية العصبية). كما أن التقسيم الثنائي الذي يتم القيام به في السنوات العشرين الأخيرة للأعراض، أي التجميع في وحدات أكبر، لم يحل المشكلة. وقد نشأت أولى المحاولات الأولى في هذا الاتجاه من قبل شتراوس وكاربنتر وبارتكو (Strauss, Carpenter & Bartko, 1974) ، التي تميز بين المرضى الفصاميون بأعراض إيجابية وسلبية للفصام. ويتم تصنيف الأعراض الإيجابية ضمن الأعراض الخصبة productive كالهذيان والأهلاس واضطرابات التفكير الشكلية الخصبة Formal Productive Thinking Disorders والسلوك الشاذ. أما الأعراض السلبية فتتضمن ما يسمى بالأعراض القاصرة deficit Symptoms كالتسطح الانفعالي والتباطؤ الحركي وضعف الإرادة وضعف الدافع للكلام Alogia. إلا أن المراجع لا تستخدم تصنيف الأعراض بشكل موحد. وقد قدم أندرياسن (Andereasen, 1983,1984) مقياسين مطابقين يستخدمان غالباً كمعيار تقسيم. وتنطبق هنا الصعوبات التشخيصية المذكورة أعلاه على هذين المقياسين أيضاً. فعدا عن تبرير التجميع للأعراض السائدة لا يوجد الكثير من الأسباب الملزمة لهذا أو ذاك التقسيم. وبعض الدراسات تدل على أن الأضرار الدماغية البنيوية الخاصة كتوسع البطين الدماغي ventricle (Klausner, Sweeny, Deck & Haas,1992) على سبيل المثال أو تناقص النشاط ما قبل الجبهي يرتبط بالأعراض السلبية (Weinberger,1988)، إلا أن النتائج عموماً حول هذا غير متسقة كفاية (Andereasen, Flaum, Swayze & Tyrrell,1990). بالإضافة إلى ذلك فإن التحليل العاملي المطابق لم يبرهن رؤية التقسيم الثنائي للأعراض. ويطالب بعض الباحثين بدلاً من ذلك بنموذج ثلاثي العوامل للفصام، يشمل عامل النمط غير المنتظم (Grube, Bilder & Goldman,1998; Johnstone & Frith,1996; Liddle, 1987)، كما تتم مناقشة

نماذج رباعية أو خماسية العوامل (Lindenmayer, Grochowski & Hyman, 1995; Loeffler & Haefner, 1999; Van der Does et al., 1995). وحدها الأفكار التي عبر عنها مجموعة من الباحثين المختلفين حول تقسيم الأعراض السلبية إلى أعراض أولية وثانوية (الاستجابة للمرض)، والتي نادى بها بشكل خاص ماربنتر وهاينرايشس وواغمان (1988)، تؤيد ضرورة التحديد الموسع (Blanchard & Cohen,2006). وعلى الرغم من ذلك يستمر هذا الشكل من التقسيم التشخيصي على الأقل في الممارسة الإكلينيكية اليومية من أجل التقدير العام[1] coarse لمآل المرض، وبشكل خاص فيما يتعلق بالعلاج بمختلف المعقلات (المقلدات العصبية) (Moeller & Deister, 2000). وبالمقابل فإن استخدام التقسيم الثنائي – سلبي إيجابي كمتغيرات مستقلة في دراسات الأبحاث الأساسية متخلف دائماً. وعلى الرغم من هذه الصعوبات أو بسببها بالتحديد سيستمر استخدام الفصام كوحدة نسولوجية (تصنيفية) كما كان في السابق.

3-التشخيص التصنيفي والتشخيص التفريقي والاختلاطية

لا تختلف المنظومات المستخدمة لتعيير التشخيص، أي الدي.أس.أم. والآي.سي.دي. فيما يتعلق بمحكات تشخيص الفصام عن بعضها بصورة كبيرة. فبعض الفروق تكمن في محك الزمن؛ إذ يطلب الدي.أس.أم. الرابع معدل النص (DSM-IV-TR,APA,2000) من أجل طرح التشخيص للفصام وجود تشكيلة من الأعراض المهمة لستة أشهر على الأقل (بما في ذلك أطوار الأعراض الإنذارية والبقايا)، أما الآي.سي.دي. العاشر (ICD-10,WHO,2000) فإنه يطرح التشخيص بعد شهر، بالإضافة إلى ذلك فإن مركز الثقل في محكات الآي.سي.دي. العاشر يتمحور حول ما يسمى بالأعراض من الدرجة الأولى (Schneider; 1967) (الأعراض من[1] إلى 4، كما هو مذكور أدناه) وتم صياغة محكات المتلازمة بشكل أوسع. ويتم استخدام

---

(1) غير الدقيق.

محكات الدي.أس.أم. عالمياً بشكل أكثر في سياق الأبحاث، أما محكات الآي.سي.دي. فيتم استخدامها أكثر في العيادات لتوثيق المرضى، على الأقل في ألمانيا.

أما المحكات التشخيصية الأساسية للفصام وفق الدي.أس.أم. الرابع معدل النص فهي وجود عرضان على الأقل من الأعراض التالية في الجزء الأكبر من الفترة الزمنية لستة أشهر:

1. هذيان
2. أهلاس
3. طريقة كلام غير منتظمة
4. سلوك مشوش أو جمودي
5. أعراض سلبية (وجدان سطحي، ضعف إرادة الكلام [بلادة الكلام] أو ضعف الإرادة.

أما محكات الآي.سي.دي. العاشر فتطلب وجود إحدى السمات التالية كمحك أساسي لمدة شهر على الأقل

1. الجهر بالأفكار، وحي الأفكار، سحب الأفكار، نشر الأفكار،
2. هذيان السيطرة (التحكم) أو التأثير، الشعور بالتأثير واضح فيما يتعلق بحركات الجسد والأعضاء أو أفكار أو أنشطة أو أحاسيس محددة؛ إدراكات هذيانية،
3. أصوات معلقة أو حوارية، أصوات من أجزاء محددة من الجسم أو
4. هذيان غير متناسب مع الثقافة مستمر.

فإذا كانت الأعراض من واحد حتى أربعة قليلة الوضوح فلابد من توفر عرضان على الأقل. فإذا لم تكن توجد أعراض من هذه القائمة فلابد من أن تكون سمتان على الأقل من السمات التالية ملحوظة:

5. أهلاس مستمرة لكل أنواع الحواس
6. تهدم الأفكار (قطع الأفكار) أو الانزياح إلى سيلان الأفكار
7. أعراض جمودية (تخشبية) (استثارة، قوالب من الوضعية أو انحنائية شمعية (باربي)، سلبية، خرس انتقائي وخدر (سبات stupor) أو
8. أعراض سلبية (فتور [بلادة أو لامبالاة apathy]، فقر اللغة، وجدان سطحي أو غير ملائم، مع انسحاب اجتماعي أو انخفاض في الأداء الاجتماعي على الأقل).

كما تطلب كلتا المنظومتان للتحديد الدقيق للتشخيص وجود محكات أخرى أو استبعاد عوامل محددة (راجع حول ذلك الدي.أس.أم. الرابع المعدل النص والآي.سي.دي. العاشر).

ومن الناحية التشخيصية التفريقية لابد من فصل الأعراض الذهانية الناجمة عن عامل مرض طبي (كالالتهابات أو الإصابات الدماغية أو السرطانات على سبيل المثال) والاضطرابات الذهانية المستثارة بالمواد (الأعراض المتسببة من خلال العقاقير أو الأدوية أو السموم، كالامفتامين أو الكوكايين أو الكحول على سبيل المثال). وفيما يتعلق بهذا يعد فحص التاريخ السابق ونتائج الفحوصات الجسدية والتحاليل أو الفحوص المخبرية للدماغ ذات أهمية قاطعة.

ويعد تقويم الأعراض الاكتئابية في إطار الفصام صعباً في الغالب. وهي غالبة في إطار المرض في المرحلة الإنذارية ومرحلة البقايا وتوصف كأعراض مرافقة (Baeuml,1994). عدا عن ذلك قد يستجيب المرضى على المرض بتعكر اكتئابي عندما يصبح بعد انطفاء الأعراض الحادة المعاش والتقييدات التي تستمر في حياتهم اليومية واقعاً. وفي حالات أخرى يمكن للأدوية أن تستثير الاكتئاب (الاكتئاب الدوائي). وليس بالضرورة للأعراض الاكتئابية أن تحقق محكات طور وجداني كلية أو يتوقع لمدتها أن تكون قصيرة بالمقارنة مع الأعراض الفصامية، وإلا فينبغي تشخيص إما

اضطراب وجداني فصامي (ينبغي رؤية الأعراض الوجدانية زمنياً في سياق الأعراض المتفتحة florid Symptoms[1] وهي موجودة في غالبية وقت المرض، مع العلم أنه قد يوجد الهذيان أو الأهلاس أيضاً لأسبوعين من دون اضطراب وجداني)، أو اضطراب وجداني مع سمات ذهانية (ترتبط الأعراض الذهانية مع الأعراض الوجدانية فقط). فإذا لم يتحقق محك المدة للفصام، فإنه يتم تشخيص اضطراب من الشكل الفصامي أو اضطراب ذهاني قصير. وفي الأعراض الهذيانية التي لاهي بالشاذة bizarre ولامترافقة بأعراض فصامية أخرى، نتحدث عن اضطراب هذياني. فإذا ما كان المرض في المرحلة البدئية بعد فإنه يتم إعطاء التشخيص اضطراب ذهاني غير محدد بدقة (أنظر الدي.أس.أم. الرابع معدل النص).

وما يسمى باضطرابات طيف الفصام Spectrum Disorders of Schizophrenia (اضطراب الشخصية الزورية والفصامانية ومن النمط الفصامي) يمكن تشخيصها إلى جانب الفصام كطلائع أو كمرض مستقل، إذا ما لم يُظهِر المرضى أعراضاً ذهانية. ولكن إذا كان عرضان على الأقل من الأعراض المذكورة أعلاه موجودان حسب الدي.أس.أم. الرابع معدل النص، فإنه يتم إعطاء كلا التشخيصين على المحور الأول والثاني. وإلى جانب الاكتئابات غالباً ما يوجد القلق الاجتماعي واضطرابات الهلع والاضطرابات القهرية واضطرابات ما بعد الصدمة PTSD وسوء استخدام الأدوية أو المواد (كالكحول أو القنب على سبيل المثال) كأعراض مختلطة. وبشكل عام يوجد لدى المرضى بالفصام خطر انتحار مرتفع (10٪، أنظر DSM-IV-TR).

(1) وتطلق عليها أيضاً تسمية الأعراض المزهرة أو البارزة، أي عندما تكون الأعراض في قمة وضوحها.

4- التشخيص القائم على التعديل

4.1 هدف التشخيص

هدف التشخيص القائم على التعديل modification oriented Diagnostic الوصول إلى تشخيص ثابت وصادق وتأكيده، والذي يشكل أساس استخدام التدخلات الخاصة بالاضطراب من جهة، ومن جهة أخرى يفترض للمشخص بطريقة التوجه نحو التعديل أن ينمي تفهماً للمشكلات من وجهة نظر المريض، لأن هذا التفهم يعد شرطاً لحفز الدافعية للتعديل.

بالإضافة لذلك ينبغي أن يتم في التشخيص تحديد المشكلات والأعراض المهمة وأحداث الحياة المشاركة في نشوء واستمرارية المشكلة واستخلاص التفاعل بين المشكلات والخبرات. ناهيك عن أنه لابد من الحصول على كل المعلومات الضرورية لوضع نموذج فردي للاضطراب من ناحية، ومن ناحية أخرى من أجل التخطيط للعلاجات القائمة على ذلك وتنفيذها.

وأخيراً لابد من استخدام أدوات تتيح إجراء تقويم لمجرى ونتائج التدخلات المستخدمة.

4.2 نماذج تفسير

بالنسبة للتخطيط الاستراتيجي للتشخيص القائم على التعديل يوجد بالنسبة للاضطرابات الفصامية نماذج تفسير مختلفة جداً. وكما هو الحال كذلك في الاضطرابات النفسية الأخرى يفترض الباحثون اليوم أن المرض الفصامي ينجم عن تفاعل بين الاستعداد البيولوجي Biological Diatheses والضغوط النفسية الاجتماعية. وهذا ما تشير إليه نتائج دراسات التوائم، التي تم فيها في التحليل وإلى جانب الوالدين البيولوجيين استخدام البيئة الاجتماعية النفسية للأسرة القائمة بالتبني (Tienari et al., 1990). إلا أن هذه النتائج وغيرها تدعم فرضية أن العامل البيولوجي هو العامل الحاسم لتشكيل

الفصام أو على الأقل لتشكيل اضطرابات قريبة من الفصامات (وهذه الأخيرة يتم تجميعها تحت مفهوم "اضطرابات الطيف Spectrum Disorders"). وسبب فرضية سيادة العوامل البيولوجية هو أن عدد كبير من الدراسات التي فحصت الأشكال المختلفة ودرجات شدة المرهقات الاجتماعية النفسية كسبب ممكن للفصام، لم تتمكن حتى الآن من إيجاد علاقة نوعية وواضحة، إلا أنها وجدت هذه العلاقة عندما تم إدخال عوامل التأثير الوراثية hereditary. وهذا لا يعني أن العوامل الوراثية أو العوامل البيولوجية الأخرى (من نحو الآفات الدماغية Cerebral lesion) مسؤولة لوحدها عن تشكيل الفصام. وعلى ما يبدو تسهم عوامل المرهقات الاجتماعية النفسية بشكل أساسي في تجاوز الأعتاب (انبثاق مرض شديد)، في حين أنه في الإرهاقات الاجتماعية النفسية قد لا تلاحظ على ما يبدو إلا اضطرابات من الطيف الفصامي. وهذه السمات من الطيف تتضمن أعراضاً شبيهة بالفصام خفيفة كما هو وارد على سبيل المثال في وصف اضطراب الشخصية من النمط الفصامي في DSM-IV-TR. وضمن ذلك تقع أعراض من نحو خبرات إدراك غير مألوفة وأفكار علاقة وتغيرات نوعية وتغيرات نوعية في الكلام والتفكير (APA,2000).

وتنبثق دلائل غير مباشرة على دور الإرهاقات النفسية الاجتماعية[1] في الدراسات المعروفة حول العلاقة بين أسلوب التفاعل بين الأشخاص المرجعيين وارتفاع احتمال الانتكاس (Leff & Vaughn, 1985; Vaughn & Lieff,1976). وقد أصبحت هذه الدراسات معروفة تحت مصطلح دراسات – "العواطف ذات المستوى العالي[2] High expressed emotions". فقد تمكن عدد كبير من الدراسات من برهان أن الاتجاهات السلبية (النقد والعداوة) وما يسمى فرط الارتباط الانفعالي للأقارب والأشخاص المرجعيين الأساسيين تعد مؤشراً على الانتكاس المبكر للذهان (;Butzlaff, 1988

(1) Psycho-social Stress.

(2) الانفعالات المعبر عنها بشدة.

(Weisman, Nuechterlein, Goldstein & Snyder,2000). ويتم الحصول على مقدار "العواطف عالية التعبير" من خلال أدوات مقابلة خاصة (أنظر حقاً).

وقد تم حتى الآن دراسة مؤشرات بيولوجية واسعة، تمكنت من عرض سمات الخطر الافتراضية، من بينها العوامل الوراثية التي ينبغي التفريق بينها وبين التغيرات البيولوجية المكتسبة. ولكن بما أن هذه الفقرة تتمحور حول المعلومات التشخيصية المهمة بالنسبة لاستخدام التدخلات العلاجية النفسية، فسوف نتعرض لهذه العوامل باختصار شديد.

كعامل وراثي جوهري[1] يعتقد بوجود اضطراب في استقلاب الدوبامين (Abi-Dargham,2002). غير أنه بناء على حالة النتائج الراهنة فإن الافتراض الأقرب هو أن المعالجة بمولدات الدوبامين تسبب تغيرات في منظومات النقل العصبي، المتصلة بمنظومة الدوبامين والتي قد تكون مرتبطة بمنشأ الفصام (Moeller & Deister,2000). وبما أن هذا مازال حتى اليوم غير موضح، يحاول المرء الاقتراب من المادة الجوهرية البيولوجية الفرضية للاضطراب النفسي عبر بحث حلقات الوصل الممكنة (وبشكل خاص الانحرافات الاستعرافية العصبية) (أي أن المرء يطمح لاكتشاف المؤشرات الفيزيولوجية العصبية الكامنة خلف المستوى الظواهري المركب للأعراض، من أجل الحصول على دلائل مباشرة على المادة substrate البيولوجية المرتبطة بذلك). والهفوات أو السقطات المطابقة للفصاميين التي تم برهانها بصورة متكررة هي على سبيل المثال في مهام الانتباه والتخطيط ومهام ذاكرة العمل (الذاكرة العاملة) ومعالجة اللغة (قارن Straube & Oades,1002; Straube, Bischoff, Nisch, Sauer & Volz,2002). بالإضافة إلى ذلك فإن قياس الوظائف الاستعرافية والعجز مهم بالنسبة للمشخص لأن هذه تعد كاشفاً لمجرى المرض، وبشكل خاص هنا بالنسبة لإعادة تأهيل المريض مهنياً وكذلك

(1) intrinsic genetically Factor.

بالنسبة إلى نجاح الإجراءات العلاجية الاجتماعية النفسية على حد سواء (Green,1996; Green, Kern, Braf & Mintz, 2000). وطبقاً لذلك يمكن برهان الأعطاب (الخلل الوظيفي) الدماغية الراجعة له من خلال الإجراءات التصويرية الحديثة كالتصوير بقذف البوزيترونات Positrons-Emission-Tomography (اختصار PPT) أو التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي functional Magnet resonance Tomography (اختصار: fMRT) (Green,1998). وقد تمت ملاحظة التغيرات في النشاط المصنفة ضمن تغيرات الأداء الاستعرافي، وكذلك التغيرات البنيوية الطفيفة بشكل خاص في الباحات ما قبل الجبهية والصدغية وكذلك مؤخراً في الباحة المهادية (التالاموس) وانتهاء بالباحات الدماغية cerebral للمخ (Sears, Andreasen & O'Leary,2000; Byne et al. 2001). والفرضية المهمة في الوقت الراهن نشأت من أندرياسن ومجموعته التي تنطلق من وجود عدم اتساق dissymmetry معرفي عصبي، أي تفاعل خارج عن التناغم لمراكز الدماغ (Andreasen, Paradiso O'Leary, 1998).

ويمكن الاستنتاج عموماً أن صورة الاضطراب الفصامية تتسبب وتستمر بعوامل عدة، مع العلم أن التفاعل الدقيق للعوامل المشاركة المخمنة مازال غير موضح. وقد حاولت نماذج الاستعداد – الضغط Vulnerabilities-Stress-Models (Zubin & Spring,1977; Nuechterline et al.,1994) دمج مبادئ التفسير المخلفة وشكلت الأساس لاشتقاق مبادئ علاجية مفيدة. وقد تم إكمالها مؤخراً بالنماذج الاستعرافية (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001) ، التي تفسر بطريقة نوعية نشوء الهذيان وتؤكد على دور أنماط التفاعل الوظيفية.

ويقدم جدول (1) العوامل النفسية المهمة لإثارة أعراض الفصام والحفاظ على استمراريتها والمبادئ العلاجية القائمة عليها.

وفي مجال عوامل المحيط الداعمة والمرهقة لابد إذاً تحديد (قياس) الدعم الاجتماعي المعاش من قبل المريض في محيط الأسرة والمحيط الاجتماعي والرضا عن

تصميم اليوم والوضع السكني والمهني. بالإضافة إلى ذلك لا بد من تحديد الكيفية التي يتعامل بها المحيط الاجتماعي مع المرض وفيما إذا كانت تتوفر مهارات ملائمة لحل المشكلة وبنى تواصل مناسبة أم ينبغي بنائها. بالإضافة إلى ذلك من المهم تحديد ما هي الأحداث الحياتية المرهقة في الماضي وأي من الأحداث يمكن أن تسبب في المستقبل استثارة المرض، كما لابد من مراعاة نمط التفاعل السائد في الأسرة بمعنى بناء العواطف المعبر عنها المذكور أعلاه.

جدول (1): العوامل المثيرة والمحافظة على الاستمرارية والسمات التي ينبغي تحديدها (قياسها) والتدخلات المنبثقة عن ذلك

العوامل المهمة	السمات المقاسة	التدخلات
عوامل المحيط الداعمة	الدعم الاجتماعي تصميم لليوم باعث على الرضا المهارات الأسرية في حل المشكلات إمكانات الانسحاب	إجراءات علاجية اجتماعية (سكن وعمل تحت الإشراف مع مطالب متدرجة، مستشفى نهاري وليلي، ومراكز اتصال على سبيل المثال)
عوامل المحيط المرهقة	الأحداث المرهقة (الضاغطة)، فرط التنبيه، بيئة أسرية غير ملائمة	إشراف على الأقارب (تربية نفسية، استراتيجيات حل المشكلة، تدريب التواصل)
عوامل الحماية المرتبطة بالشخص	تناول الأدوية (المطاوعة Compliance) المواجهة (التعرف المبكر على إشارات الهذيان بالنسبة للانتكاس والاستجابات غير المناسبة، إدارة الإرهاق، القدرة على مواجهة الحياة اليومية، مهارات حل المشكلة على سبيل المثال)، الكفاءات الاجتماعية	التربية النفسية، تدريب حل المشكلات، مواجهة الإرهاق، الدعم في مواجهة الحياة اليومية، تدريب الكفاءة الاجتماعية

العوامل المهمة	السمات المقاسة	التدخلات
عوامل الاستعداد المرتبطة بالشخص	العجز الاستعرافي (الذاكرة، الانتباه، الوظائف التنفيذية على سبيل المثال) أساليب المواجهة المعطوبة (المختلة وظيفياً (كسوء استخدام المواد، العنف، الانسحاب المفرط) الاستعرافات وأساليب التمثل القائمة على الذات والآخر المعطوبة (المختلة وظيفياً) (الاستنتاج المتسرع، الاستقبال الأحادي الجانب للمعلومات، أنماط العزو الظاهرة externalize على سبيل المثال)	المعالجة الاستعرافية cognitive remediation، علاج المشكلات المختلطة بناء النشاطات العلاج الاستعرافي Cognitive Therapy.
	سمات الشخصية من النمط الفصامي العلامات البيولوجية[1]	الوقاية المبكرة

وفي مجال عوامل الاستعداد الداخلية [الضمن نفسية Intra psychical] يعد التاريخ المرضي للمريض مهماً. فهل تمكن في الماضي التعرف في وقت مبكر على أعراض الهذيان والتخفيف من الإرهاق؟ كيف تم التعامل مع الأدوية؟ ما هي الأشكال العلاجية التي تعاش على أنها مفيدة؟ ما هي آليات المواجهة التي استخدمها المريض؟ كما يفترض أن يعقب ذلك تقدير للكفاءات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات ومقدار القصور الاستعرافي (الأعطاب الاستعرافية). وكأساس للمبادئ السلوكية الاستعرافية فلابد من تحديد (قياس) الاتجاهات نحو الأعراض والأمراض والاستعرافات العليا فيما

(1) العلامة البيولوجية، بشكل عام وهي مادة تستخدم كمؤشر على الحالة البيولوجية. و تتميز بأنها قابلة للقياس والتقييم كمؤشر للعمليات البيولوجية الطبيعية أو العمليات المسببة للأمراض أو الاستجابات الصيدلانية في التدخلات العلاجية. و يتم استخدامها في كثير من الميادين العلمية.

يتعلق بالأعراض ذات الأولوية (كالأصوات على سبيل المثال) ووضوح قوة القناعة في التصورات الهذيانية وأنماط التمثل الاستعرافي غير الملائمة والفرضيات السلبية حول الذات. وكنقطة انطلاق للمبادئ الوقائية لابد من تحديد سمات الخطر الباكرة لنشوء الفصام (كسمات النمط الفصامي أو العلامات البيولوجية biological Marker).

4.3 مجرى التشخيص

من أجل الحصول على كل المعلومات المهمة فإن بناء علاقة مشحونة بالثقة مع المريض أمر أساسي. لهذا فإنه من المفيد الدخول في التشخيص من خلال جلسة مفتوحة والتركيز بداية على المشكلات الراهنة وتطورها من وجهة نظر المريض. ثم يعقب ذلك سبر تفصيلي لتطور المرض وتاريخه والوضع الحياتي الراهن (المهنة، الوضع السكني، الشبكة الاجتماعية، نوعية الحياة الرضا عن الحياة) يضم معلومات من شخص ثالث أو تلك المعلومات التي نحصل عليها من تقارير المرض. وإلى جانب ذلك يتم إجراء تحليل لنموذج الاضطراب الشخصي (الذاتي) Subjective Disease Model والدافعية للعلاج والمطاوعة الدوائية للمريض. ويتضمن التشخيص التصنيفي المتعدد الأبعاد والتشخيص التفريقي المنجز في الخطوة التالية (المقابلات المبنية والمعيرة) تقييم المستوى الوظيفي العام فيما يتعلق بالوظائف النفسية والاجتماعية والمهنية. ثم يتم إكمال البيانات بالأعطاب السلوكية behavior deficits والقدرات السلوكية والموارد والكفاءات. وتعد التشخيصات المختلطة ذات أهمية علاجية أيضاً، منها بشكل خاص الاهتمام بسوء استخدام المواد أو التعلق، ذلك أن هذه تستخدم كاستراتيجيات مواجهة من جهة، ومن جهة أخرى تؤثر سلباً على فاعلية المعقلات (المقلدات العصبية). كما أن التشخيصات الأخرى مهمة أيضاً (أنظر أعلاه) وهي تتطلب إجراء تعديل أو موائمة لأدوات التدخل.

ثم يأتي بعد ذلك الحصول على البيانات المرضية النفسية (السبر، المقابلات، ملاحظة السلوك، مقاييس تقدير). وقد تم في الفقرة الخامسة عرض عدد كبير من المقاييس

ومرشدات المقابلة المفيدة التي يمكن استخدامها في التشخيص (معروضة في الجدول 2). وباستثناء الأدوات التي يتم استخدامها في ضبط المجرى وبشكل مختلف عن السياق البحثي، فإنه لا يتم استخدام الأدوات في التشخيص القائم على التعديل في الخط الأول، بهدف تكميم عدد وشدة الأعراض من منظور المقابل، بل تقدم القوائم وبالتحديد للمعالجين الذين مازالت خبراتهم قليلة في التعامل مع الذهانات، مساعدة تنظيم للحصول على كل الأعراض المهمة بالنسبة للعلاج. وهنا على المعالج أن يجعل المريض يصف كل عرض بدقة للحصول على صورة دقيقة قدر الإمكان. وفي الخطوة التالية يتم عمل تحليل (وظيفي) لمشكلة العرض Problem analysis of Symptom (functional) مع المريض. وهنا نهتم بسمات الموقف الذي يظهر فيه العرض والمشكلات السابقة والأحداث والعواقب التي يقود إليها ظهور العرض، بالإضافة إلى ذلك من المهم معرفة الأهمية أو المعنى الذي يمنحه المريض للعرض (الأهمية التي يعزوها للعرض) وكيف حاول التعامل مع العرض حتى الآن (هناك أمثلة حول الأسئلة المفيدة في الفقرة 5).

وينبغي منح اهتمام خاص للأوضاع الحياتية قبل ظهور الذهان، لأن هذه غالباً ما تمثل الأساس لنوع أفكار الهذيان أو الأهلاس. فعندما يستفسر المعالج عن مجرى أولى التفسيرات الهذيانية فغالباً ما يتضح فيما يتعلق بالهذيان كيف تعززت بالتدريج التفسيرات الزورية (البارانوئية) المفهومة في البداية (أو التي مازالت مفهومة بعد) وأصبحت هذيانية. وبالنسبة لنموذج التفسير الاستعرافي اللاحق فإن تفسير (توضيح) الاستجابات الانفعالية المترافقة مع أحداث الحياة مهم أيضاً. ومن المفيد جداً في هذا السياق تحديد التصويرات الاستعرافية التي قد تكون واضحة أسرياً، والتي يمكن أن تشكل من خلال عطبها (خللها الوظيفي Dysfunctionality) الأساس البدئي لنشوء القناعات الزورية.

وأخيراً يمكن إكمال نتيجة الفحص المرضي النفسي (الباثوسيكولوجي) بالفحص

الجسدي (فحوصات مخبرية، وفحوصات تصويرية للدماغ في مقتضى الحال)، للحصول على تقدير للحتمية البيولوجية لأعراض معينة.

وفي مجرى التدخل تفيد القوائم التشخيصية Diagnostically Inventories بشكل مطرد إما من أجل تقويم التدخلات المستخدمة أو من أجل التحديد المعمق لمجالات المشكلات التي أظهرت أنها ذات أهمية.

5- طرق القياس

يفترض النظر لكمية الأدوات المعروضة في هذا الفصل على أنها وعاء يستطيع من خلالها المشخص اختيار الأدوات المفيدة بالنسبة لحقول المشكلة النوعية للمريض المعني. وهنا ينصح بعمل انتقاء دقيق واقتصادي، ذلك أن استخدام عدد كبير من الاستبيانات والمقابلات والاختبارت يمثل بالنسبة لمرضى الفصام بالتحديد إرهاقاً كبيراً ويمكن أن يعرض المطاوعة للخطر.

وفي العادة يتعلق الأمر في تحديد (قياس) الأعراض الفصامية بأدوات تقويم الآخر (التقويم الخارجي) والتي يتم فيها التقدير المفصل للأعراض الموصوفة أو مركب المتلازمة على مقياس تقدير متدرج. والسبب يكمن في أحد أكثر الظواهر المرافقة تكراراً للمرض الذهاني: أي نقص الاستبصار بالمرض ومن ثم الإدراك والتقييم البعيد عن الواقع للشخص نفسه ولمحيطه. إلا أنه قد تم مؤخراً وبشكل مطرد وضع أدوات تقويم ذاتي، حيث أظهرت الدراسات بأن مرضى الفصام ضمن شروط معينة يستطيعون بشكل موثوق تقديم معلومات حول الأعراض التي يعيشونها (Stieglitz,2000). غير أنه وبالعكس أيضاً فإنه من الممكن حتى في تقييم الآخر (أي تقييم الآخرين للمريض) أو في المقابلات ألا يعطي المرضى أية معلومات حول أنفسهم بسبب نقص الاستبصار بالمرض أو بسبب أعراض الشك الزوري والعداوة. وبالنسبة للتحديد الدقيق للحالة Status definition وقياس مجرى وتغير الأعراض فإنه قد تم في

بعض الأدوات الأخذ بعين الاعتبار أن يقوم عدد من الملاحظين المدربين (وأحياناً على أساس تسجيلات بالفيديو للمقابلات) بتعبئة المقاييس. وبعض المقاييس تتطلب معلومات حول سلوك المريض أثناء مجرى اليوم وبهذا لابد من تعبئتها (تقديرها) من أشخاص يقضون مع المريض وقتاً طويلاً (الوالدان، الممرضون...الخ).

وبما أن هدفنا عند تجميع الأدوات الاختبارية إعطاء صورة شاملة قدر الإمكان للأدوات التشخيصية المختلفة فقد قمنا أيضاً بعرض أدوات مازالت في طور البحث. ويقدم جدول (2) عرضاً حول كل الأدوات التي تم تقديمها في هذا الفصل، والتي سوف نصفها فيما يلي بشكل أقرب. وقد سعينا إلى تصنيف المقاييس المعروضة في الفقرة (4) ضمن مجالات السمات المهمة ضمن التشخيص القائم على التعديل (التشخيص، المشكلات الراهنة وتطور المشكلة على خلفية تاريخ الحياة، الأعراض، عوامل المحيط المرهقة والواقية، العوامل ضمن الشخصية المرهقة والواقية، تحديد علامات الخطر المبكرة لتطوير فصام). غير أن الكثير من المقاييس تقيس مظاهر مختلفة بحيث أن التصنيف الدقيق صعب في بعضها. وقد تخلينا هنا عن العرض الخاص لأدوات تشخيص مجرى العلاج وبدلاً من ذلك لحظنا ذلك عند وصف الأدوات في فقرات فرعية أخرى من الفصل أو في جدول (2)، فيما إذا كانت أداة معينة تستخدم لتقويم العلاج (قارن أيضاً Singh & Sabaawi,2006).

جدول (2) عرض لأهم طرق القياس في الاضطرابات الفصامية

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
المقابلة الإكلينيكية المبنية للـ DSM-IV	Wittchen, et al. (1997)	مقابلة مبنية	الأعراض وفق DSM-IV	طرح التشخيص، التصنيف
المقابلة التشخيصية العالمية المركبة (CIDI)؛ منظومة	Wittchen et al., (2000)& Wittchen & Pfister (1977)	مقابلة معيرة	الأعراض وفق DSM-IV	طرح التشخيص، التصنيف

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
الخبراء لتشخيص الاضطرابات النفسيDIA-X				
دليل لتوثيق نتيجة الفحص الطبي النفسي -AMDP) System); مرشد لتحديد النتيجة المرضية النفسية	مجموعة عمل الطرائق والتوثيق في الطب النفسي (1997)، Faehndrich & Stieglitz (1988)	مقابلة المبنية؛ مقابلة نصف مبنية	درجة العرض المرضي النفسي	الفحص الطبي النفسي، التوثيق الوصفي، التصنيف
قوائم تشخيصية لـ DSM-IV و-ICD-10 (IDCL-10)	Hiller, Zaudig & Mombour (1995; 1997)	تقويم الآخر	الأعراض وفق DSM-IV و-ICD-10	التشخيص
مقياس التقدير الطبي النفسي المختصر	Overall & Gorham (1962, 1989); Nuechterlein & Ventura (1986); Treiber & Feinstein (1984)	تقويم الآخر	الأعراض الطبية النفسية	تحديد تفريقي للأعراض، قياس المجرى والتعديل
مقياس لقياس الأعراض السلبية SANS	Andreasen (1983)	تقويم الآخر	الأعراض السلبية	تحديد تفريقي للأعراض، قياس المجرى والتعديل
مقياس لقياس الأعراض الإيجابية SAPS	Andreasen (1983)	تقويم الآخر	الأعراض الإيجابية	تحديد تفريقي للأعراض، قياس المجرى والتعديل

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
مقياس لقياس الأعراض الإيجابية والسلبية SCI-PANSS	Kay, Fiszbein & Opeler (1990)	تقويم الآخر	الأعراض الإيجابية والسلبية والإمراضية النفسية العامة	تحديد تفريقي للأعراض، قياس المجرى والتعديل
منظومة تقدير الأعراض الإيجابية والسلبية وغير المنتظمة الفصامية PANADS	Andreasen & Moritz, (1999)	تقويم الآخر، مقابلة نصف مبنية	الأعراض الإيجابية والسلبية وسوء التنظيم	قياس تفريقي للأعراض، قياس المجرى والتعديل
مقياس الزور- الاكتئابية (PDS)	Zerssen(1976)	تقويم ذاتي	الأعراض الزورية والاكتئابية	دلائل التدخل الدوائي والعلاج
مقياس تقدير كالغري للاكتئاب Calgary Depression Rating Scale For Schizophrenia (CDSS)	CIPS. 2005 (German Version: CDSS-G, Mulleret al., (1999) 1999)	تقويم الآخر	الأعراض الاكتئابية	القياس التفريقي للأعراض، قياس المجرى والتعديل
مقياس بانر لقياس الأعراض الأساسية (BSABS)	Gross, Huber, Klosterkotter & Linz(1987)	مقابلة مبنية	الاضطرابات الأساسية	وصف الحالة، التعرف المبكر والتدخل (المبكر)
استبيان فرانكفورت للأعراض	Sullwold(1991)	تقويم ذاتي	الاضطرابات الأساسية،	وصف الحالة، التعرف المبكر

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
			الأعراض المعاشة ذاتياً	والتدخل (المبكر)، التخطيط للعلاج
قائمة إبندورفر للفصام (ESI)	Mass (2001)	تقويم ذاتي	الأعطاب الاستعرافية الذاتية الخاصة بالفصام، النمط الفصامي Schizotypy	قياس الأضرار المعرفية الذاتية، وصف المجرى، التعرف المبكر، أبحاث الخطر العالي High-Risk-
استبيان فرانكفورت للحالة (FBS)	Sullwold & Herrlich(1987)	تقويم ذاتي	الحالة العامة	قياس الحالة والتعديل، قياس مجرى العلاج erfassung
معهد بحث الصحة النفسية قائمة الإدركات غير العادية Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUP)	Carter. Mckinnon, Howard, Zeegers & Copolov (1995)	مقابلة نصف مبنية	الأهلاس	القياس التفريقي للأعراض في إطار العلاج اللاستعرافي
قائمة ماودسلي لتقويم الهذيان Maudsley Assessment of Delusion Schedule (MADS)	Wesseley et al., (1993)	تقويم الآخر	الهذيان	القياس التفريقي للأعراض في إطار العلاج اللاستعرافي

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
مقياس تقدير الأعراض الذهانية (PSYRATS)	Haddock, McCarron. Tarrier & Faraqher(1999)	تقويم الآخر	الأهلاس والهذيان	القياس التفريقي للأعراض في إطار العلاج الاستعرافي
التقييم الاستعرافي للأصوات Cognitive Assessment of Voices	Chadwick, Birchwood & Trwe (1996)	مقابلة نصف مبنية	الأهلاس	القياس التفريقي للاستعرافات العليا في إطار العلاج الاستعرافي
استبيان القناعة حول الأصوات	Chadwick & Birchwood (1995), Chadwick, Lees & Birchwood (2000)	تقويم ذاتي	الهذيان	التحديد التفريقي للاستعرافات فيما يتعلق بالأهلاس في إطار العلاج الاستعرافي
مقياس للتحديد العام لمستوى الوظائف (GAF)	Sass, Wittchen, Zaudig & Houben (2003)	تقويم الآخر	القدرة على الأداء (الإنجاز) النفسي والاجتماعي والمهني، التكيف الاجتماعي	قياس مستوى الوظائف الاجتماعية النفسية
مقياس المشكلات الاجتماعية والبيئية	Sass, Wittchen, Zaudig & Houben (2003)	تقويم الآخر	شدة عوامل الإرهاق في سياق مجرى المرض	قياس المشكلات الاجتماعية والنفسية والمرتبطة بالمحيط

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
نوعية الحياة في الفصام Quality of Life in Schizophrenia (QliS)	Franz, Fritz & Meyer (2002)	تقويم ذاتي	قياس نوعية الحياة في مجالات رئيسية من الحياة	قياس مجالات المشكلات والموارد، تقويم العلاج
مقابلة كامبرويل الأسرية Camberwell Family Interviw	Vaughn, Lieff,& Lieff, 1976	مقابلة نصف مبنية مع الأقارب أو الأشخاص المرجعيين للمريض	البيئة الأسرية العاطفية اتجاهات ومشاعر الأقارب تجاه المريض	تحديد حالة الانفعالات المعبر عنها Expressed-Emotions، خفض قيمة الانفعالات المعبر عنها والوقاية من الانتكاس
استبيان مونستر للأسرة	Buchkremer et al. (1986)	مقابلة نصف مبنية مع أفراد الأسرة	التفاعل الأسري، سلوك أفراد الأسرة تجاه المريض	تحديد حالة الانفعالات المعبر عنها، خفض قيمة الانفعالات المعبر عنها والوقاية من الانتكاس
عينة الخمس دقائق (FMSS)	Magna et al. (1986), Stark & Buchkremer (1992), Leeb, Feinstein, Mueller, Hahlweg & Dose (1986)	تقويم الآخر	الاتجاه الانفعالي لأقارب مرضى الفصام	تحديد حالة الانفعالات المعبر عنها، خفض قيمة الانفعالات المعبر عنها والوقاية من الانتكاس

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
مقابلة العشر دقائق القصيرة	Wittgen, Watzel & Cohen (1989)	تقويم الآخر	الاتجاه العاطفي لأقارب مرضى الفصام	تحديد حالة الانفعالات المعبر عنها، خفض قيمة الانفعالات المعبر عنها والوقاية من الانتكاس
استبيان قياس البيئة الأسرية الانفعالية	Feldman, Buchkremer, Minneker-Huegel & Hornung (1995)	تقويم ذاتي	قياس النقد والاستسلام وفرط الارتباط العاطفي للأقارب من وجهة نظر المرضى	تحديد حالة الانفعالات المعبر عنها، التنبؤ بخطر الانتكاس، دلائل Indication تقييم الأقارب
مقياس للاقتراب من عدم وعي الاضطراب النفسي Scale to access Unawareness of Mental Disorder (SUMD)	Amador et al. (1993)	تقويم الآخر	قياس الإدراك وعزو الأعراض المهمة	تقدير الاستبصار بالمرض
المقياس المعير لقياس المعرفة المتعلقة بالمرض لدى المرضى بالفصام	Luderer et al. (1993)	استبيان (صيغة إجابة ثنائية)	معلومات حول التشخيص والمجرى والمعالجة للفصام	مستوى المعرفة ونموها في إطار البرامج النفسية التربوية
استبيان لقياس الذهان	Hahlweg et al., (2006)	استبيان (متعدد الخيارات)	معلومات حول تشخيص ومجرى ومعالجة الفصام	مستوى المعرفة ونموها في إطار البرامج النفسية التربوية

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
مقابلة لقياس سلوك المواجهة للفصاميين	Thurn-Mussgay (1999)	تقـــــويم الآخر	الأعراض، التكيف الاجتماعي، القيام بـــــــالأدوار الاجتماعيـــــــة، حساسية الانتكاس بالنـــسبة لمثـــيرات محتملة	قيـــاس ذخـــيرة المواجهة وبروفيـل الإرهـاق في إطـار العلاج
مـــذكرات يوميـــة لقيـاس الإرهاقـات والمواجهة	Wiedl& Rauh (19994)	تقويم ذاتي، مـــذكرات يومية	مواقــف الإرهــاق ومحـــــاولات المواجهة	قيـــاس ذخـــيرة المواجهة وبروفيـل الإرهـاق في إطـار العلاج
قائمـــة إشـــارات الإنذار	Bahrend (2001)	تقـــــويم الذات	قيـاس العلامـات المبكـرة للانتكـاس المهدد	التعـــرف المبكـــر والتدخل المبكر
أداة للتقـــــــدير الاسترجاعي لبدايـة المرض في الفصام	Haefner et al. (1999)	مقابلــــــة نصف مبنية	تطـــور المـــرض، الإنذار، المؤشرات الاجتماعيـة لبدايـة المـــرض، مجـــرى العـــلاج، الإعاقـة الاجتماعية	وصف الأعراض والمجرى، قياس الضرر، التعرف والتدخل المبكرين
قائمة التعرف المبكر Early Recognition Inventory (ERloas)	Maurwer et al. (2006)	اســـتبيان، مقابلــــــة نصف مبنية	الأعـــــــــراض الإنذاريةالنوعيـــة وغـــير النوعيـــة، الأعـــــــــراض	التعرف والتـدخل المبكرين

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
			الأساسية، الأعراض النفسية المرافقة، الأعراض الذهانية التي تستمر قصيراً، السلوك الاجتماعي، الإرهاق الأسري، استهلاك المواد، بيانات النمو	
قائمة تقييم العجز Early Recognition Inventory	Jung et al. (1989)	مقابلة نصف مبنية مع الإطار المرجعي للمريض	القصور في إدراك الأدوار الاجتماعية والعجز الوظيفي الاجتماعي	تقدير التكيف الاجتماعي والمهارات الاجتماعية
قائمة الكفاءة الاجتماعية لمرضى الطب النفسي	Spang-Fitzek (1994)	تقويم الآخر	التحكم بالظهور الذاتي، مجال الحركة، القدرة على التواصل والتفاعل	تقدير التكيف الاجتماعي والكفاءة
مسح المهارات المستقلة الفعالة Independent living skills survey (ILSS)	Wallaco et al. (2000)	تقويم ذاتي وتقويم الآخر	المهارات الاجتماعية، الإدارة المستقلة للحياة	تقدير قدرة الوظائف في الحياة اليومية والتكيف الاجتماعي، التخطيط للعلاج، تقويم تدريب

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
				المهارات الاجتماعية
مقياس ملاحظة الممرضات لملاحظة المرضى المقيمين Independent living skills survey (NOSIE)	Honigfeld et al. (2005)	تقويم الآخر، موظفو المستشفى	السلوك الاجتماعي والأعراض	تقويم التكيف الاجتماعي في المستشفى
استبيان الاتجاهات اللامنطقية	Kalges (1989)	تقويم ذاتي	الاستعرافات المعطوبة وفق إيليز	قياس تفريقي للاستعرافات المعطوبة في علاج العلاج الاستعرافي
مقياس الاتجاهات المعطوبة Dysfunctional Attitude (DAS)	Hautzinger et al. (2005)	تقويم ذاتي	الاستعرافات المعطوبة وفق بيك	قياس تفريقي للاستعرافات المعطوبة في علاج العلاج الاستعرافي
استخبار الشخصية من النمط الفصامي Schizotypal Personality Questionnaire استخبار الشخصية من النمط الفصامي-مختصر	Raine (1991) Raine & Benishay (1995)	تقويم ذاتي	أعراض اضطراب الشخصية الفصامية وفق DSM-III-R	قياس طلائع الفصام وسمات الخطر في الفصام

التسمية	المؤلفون	الشكل	المضمون	أهداف القياس/ مجال الاستخدام العملي
Schizotypal Personality Questionnaire-Brief				
مقياس الشخصية من النمط الفصامي Schizotypal Personality-Scale	Claridge & Brocks (1984)	تقويم ذاتي	أعراض اضطراب الشخصية الفصامية وفق DSM-III	قياس طلائع الفصام وسمات الخطر في الفصام
مقاييس شابمان للتفكير السحري، وانحرافات الإدراك، و عدم الاستمتاع Anhedonia الجسدي والاجتماعي	Eckblad & Chapman (1983), Chapman et al. (1976,1978)	تقويم ذاتي	سمات متفرقة للنمط الفصامي (التفكير السحري، انحرافات الإدراك عدم الاستمتاع الجسدي والاجتماعي	قياس طلائع الفصام وسمات الخطر في الفصام

5.1 أدوات لطرح التشخيص

ينبغي طرح تشخيص الفصام من خلال مقابلة مبنية من نحو المقابلة التشخيصية الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. الرابع(SCID(Wittchen, et al.,1997[1]. كما يمكن استخدام المقابلات المعيرة من نحو منظومة الخبراء لتشخيص الاضطرابات النفسية[2](DIA-X (Wittchen et al.,1997 أو المقابلة التشخيصية العالمية المركبة CIDI[3]

(1) Structured Clinical Interview for DSM-IV.

(2) Experts System for Diagnostic Psychological Disorders.

(3) Composite International Diagnostic Interview.

(Wittchen, et al., 2000)، مع العلم أن صدق الأدوات مقيد مع المرضى ذوي الأعراض الذهانية المتفتحة (المزهرة) florid Symptoms وأعراض البقايا الواضحة (& Spengler Wittchen, 1988). ومن ضمن أدوات تقويم الآخر هناك منظومة مجموعة الطرائق والتوثيق في الطب النفسي المسمى دليل توثيق النتائج الطبية النفسية AMDP-System مع ما يتبع ذلك من مقابلة نصف مبنية (دليل تحديد الفحص النفسي المرضي - مقابلة نصف مبنية من خلال منظومة AMDP لفيرلش وشتيغلتس، 1998). بالإضافة إلى ذلك يمكن استخدام قوائم الأعراضIDCL للدي.أس.أم. والآي.سي.دي. (IDCL; Hiller, Zaudig & Mombour,1995,1997).

5.2 قياس الأعراض

بعد أن يكون المعالج في الجلسة الأولى قد حصل على فهم مفصل حول المشكلات ذات الأهمية القصوى بالنسبة للمريض، من الضروري الآن الاستفسار بشكل هادف عن الأعراض والمشكلات التي لم يذكرها المريض من تلقاء نفسه. ومن أجل ذلك قد يكون من المفيد اللجوء إلى أدوات قياس تشخيصية خاصة بأمراض الفصام.

ويعد مقياس التقدير الطبي النفسي المختصر Brief-Psychiatric-Rating-Scaleأداة معيرة واقتصادية وراسخة منذ أربعينات القرن العشرين للتشخيص العام (& Overall Gorham,1962,1986)، يتم فيها تقييم المريض على أساس مقابلة حرة مكونة من 18 بند. وقد تم بناء هذا المقياس على أساس خمسة عوامل: القلق/ الاكتئاب، فقدان الطاقة Anergy، واضطرابات التفكير والتنشيط والعداوة/ الشك. ومن ميزات هذا المقياس وجود بيانات مقارنة معيارية شاملة، أما عيوبها فهي أنها لا تتيح سوى إجراء تقييم عام ولا تقيس الأعراض السلبية والإيجابية أو أفكار الهذيان. وقد قام لوكوف ونشترلاين وفينتورا (1986) بتوسيع المقياس ليشمل أعراض الانتحار والإهمال والسلوك الشاذ.

وفي مقياس تقويم الأعراض السلبية SANS تم تحديد خمسة مما يسمى بمركبات

الأعراض السلبية (عدم الكلام Alogy، التسطح الانفعالي، وفقدان الدافعية-اللامبالاة وعدم الشعور بالسعادة والانتباه). وفي المقياس المطابق بالنسبة لترتيب الأعراض الإيجابية في مقياس تقييم الأعراض الإيجابية SAPS تمثل الهذيانات والأهلاس والسلوكات الشاذة وقطع الكلام أساس التقييم.

وقام كاي وآخرين (Kay et al. 1987) بتطوير مقياس الأعراض السلبية والإيجابية PANS، يقيس إلى جانب قياس طيف واسع لعدد مساو للأعراض السلبية والإيجابية الاجتماعية والاستعرافية والوجدانية الإمراضية العامة أيضاً كمتغيرة ضبط. وقد تم تطوير PANSS على أساس BPRS إلا أنه يكمل هذا بالأعراض السلبية. وقد تم وصف البنود الثلاثين بشكل مختصر وتقديرها فيما يتعلق بشدتها وتكرارها، مع العلم أنه قد تم تحديد التدريج المنفرد بدقة. ويتوفر لـ PANSS مرشد مبني للمقابلة (SCI-PANSS; Kay & Opler,1990).

وتتضمن منظومة التقدير المسماة الأعراض السلبية والإيجابية وسوء التنظيم (Andresen & Moritz,1999) المطورة والمستخدمة في المحيط الناطق بالألمانية والتي تحتوي على 67 بند عاملاً إضافياً هو خلل التنظيم Disorganization ومن ثم فهو يعتمد على نموذج ثلاثي العوامل للفصام. ويتضمن PANADSS مرشد مقابلة تابع ويشمل مساحة أوسع من الأعراض الأساسية الأعراضية للفصام من PANSS، مع العلم أنه يتضمن في الوقت نفسه الأعراض المرافقة للمرض الفصامي أيضاً كالقلق والاضطرابات الوجدانية (على العكس من SANS وSAPS). ويمكن للمقيمين تدريج دقة حكمهم الذاتي.

ويقيس مقياس الاكتئابية-الزور Paranoid-Depressivity-Scale المطور كذلك في ألمانيا (Zerssen,1976) درجات الأعراض الزورية والاكتئابية لدى جمهور مرضى الطب النفسي من خلال التقييم الذاتي بهدف انتقاء وضبط إجراءات العلاج الدوائي المطابق ولكن أيضاً الإجراءات العلاجية النفسية. ويمكن من خلال مقياس إنكار المرض اختبار ميول الحكم على أساس نقص الاستبصار بالمرض أو نقص الشعور بالمرض.

ومقياس تقدير كالغاري للاكتئاب CSDD (Collegium Internatioale Psychiatriae Scalarum [CIPS],20050; German Version CDSS-G, Mueller,1999) عبارة عن مقابلة تقييم الآخر تم تصميمه لتصوير مقدار الاكتئابية بشكل مستقل عن الاكتئابات المرضية النفسية الأخرى سواء في المراحل الحادة أم البقايا-المزمنة. وتشمل مجموعات الأسئلة الثمانية مجالات الاكتئاب واليأس والتقليل من قيمة الذات وأفكار العلاقة المشحونة بالذنب، والذنب المرضي، والاكتئاب الصباحي، والاستيقاظ الصباحي المبكر والانتحارية والاكتئاب الملاحظ.

وتمثل المقاييس القائمة على مفاهيم ما يسمى بالاضطراب الأساسي لهوبر (Huber,1983)تطويراً ألمانياً خالصاً. وهنا يتم قياس الأعراض المتيسرة للمريض فقط قبل الظهور الفعلي للمرض أو في طور الشفاء (من نحو الاضطرابات الخفيفة في مجالات الاستعرافات والوجدان والدافع والإدراك ومواقف الحياة والحركة)وتقوم هذه المقاييس على فرضية أنه ينبغي النظر للأعراض "كأساس" للأعراض الذهانية الشديدة اللاحقة أو الموجودة قبلاً على سبيل المثال). وسنشير هنا إلى أداتين:

- في مقياس بون لقياس الأعراض الأساسية BSABS (Gross et al.,1987) يتم وبعد سبر مفتوح إجراء مقابلة مطردة البناء تقدير السمات المرضية النفسية التي ذكرها المريض استناداً إلى فئات خمسة: الأعطاب (القصور) الديناميكي مع الأعراض السالبة المباشرة وغير المباشرة واضطرابات التفكير والإدراك الاستعرافية واضطرابات الإدراك والتصرف (الحركة)، وتشوش الإحساس والاضطرابات الإعاشية المركزية بما في ذلك اضطرابات النوم وعدم تحمل مواد محددة. وهناك فئة إضافية تقيس محاولات المواجهة ومحاولات التجنب.
- ويتألف مقياس فرانكفورت للشكاوى (الأعراض) من 98 بند للتقويم الذاتي تقيس الحالة الضمن نفسية الراهنة للمريض وتتوزع على العوامل الثمانية التالية: اضطرابات القدرات اللغوية التعبيرية والاستقبالية، اضطرابات الإدراك، فقدان

المهارات الآلية، التشويش الحركي، التشويش الفكري، الاضطرابات الحسية، المزاج الهذياني البادي، فقدان الرغبة الملح. إلا أن بعض الدراسات حول هذا المقياس تشير إلى أن أغلب الأعراض الأساسية الخاصة بالفصام غير موجودة. وبالتالي فإن المقياس أقرب ليلاءم تقدير القصور الثانوي للمرض الفصامي ومن ثم فهو يعطي دلائل على الإجراءات المتعلقة بإعادة التأهيل أو تقدير خطر الانتكاس.

وقدم ماس (Mass,2000) قائمة جديدة للتقويم الذاتي للقياس الكمي للأعطاب الاستعرافية النوعية، الذاتية مع قائمة إيبندورفر للفصام (ESI). ويتضمن المقياس مجالات الانتباه والذاكرة والحركة وتغيرات تصويرة الجسد، مع العلم أن البنود تقوم على أساس أربعة عوامل: تضررات الانتباه واللغة (التضرر في الإدراك وفهم المثيرات الخارجية) وأفكار الهذيان (الميل لتفسير الأحداث اليومية كأحداث مهمة) وعدم اليقين السمعي (عدم اليقين في التفريق بين الأفكار والكلمات المسموعة) وانحرافات الإدراك (اضطرابات الإدراك وبشكل خاص الجسد الخاص). ويستخدم المقياس في التشخيص التفريقي ووصف المجرى وللتعرف المبكر وأبحاث الخطر العالي للفصام على حد سواء. وتتوفر منه صيغة مطولة وقصيرة. وفيه مقياس للكذب يمكن من خلاله تقدير ميول الإنكار.

وهناك اختبار قريب من اختبار فرنكفورت للشكاوى (الأعراض) إلا أنه يتوجه أكثر نحو القياس العام للوضع العام، إلا وهو مقياس فرنكفورت للحال. وهنا يتم قياس الوضع الراهن للمريض كعدم الاستقرار وسوء الاندماج أو التشتت الذهني.

وفي المحيط الناطق بالإنجليزية تم حديثاً تطوير سلسلة من المقاييس، التي تستند إلى القياس التفصيلي للمتلازمات المنفردة كالأهلاس والهذيان. وقد نشأت في إطار المبادئ العلاجية السلوكية الاستعرافية وتشكل حجر الأساس للتخطيط المطابق للعلاج. وبشكل عام تختلف الأدوات فيما يتعلق بطريقة القياس (مقابلات نصف مبنية مقابل الاستبيانات) وبنوع الأعراض المقاسة. وعليه تختلف أدوات قياس الأهلاس

عن بعضها؛ فبعضها يقيس الأهلاس السمعية[1] وبعضها الآخر يقيس صفات مختلفة. وتقيس الأدوات من ضمن ما تقيسه الصفات الفيزيائية (كشدة الصوت، والنغمة... الخ) للأهلاس والاستجابات الاستعرافية والسلوكية والوجدانية للمريض عليها. ويمكن قياس الهذيان بقائمة ماودسلي لتقييم الهذيان[2] (Wessely et al.,1993). وهي مقياس لتقييم الآخر تقيس ضمن ما تقيسه درجة قناعة المريض فيما يتعلق بالهذيان، واستغراقه بالهذيان ودرجة انتظاميتها والمشاعر والسلوك المرافقين. أما مقياس الاقتناع بالقناعات الهذيانية Conviction of Delusional Beliefs Scale اختصار (CDBS) (Combs et al., 2006) فيقيس المظاهر الاستعرافية والانفعالية والسلوكية لدرجة القناعة بالافتراضات الهذيانية.

وفي مقياس لهادوك ومجموعته (1999) تحت اسم مقياس تقدير العرض الذهاني Psychotic Symptom Rating Scale اختصار (PsyRats) يمكن قياس سمات الهذيان (6بنود، من نحو درجة القناعة والإرهاق والاستغراق والتأثير في الحياة اليومية على سبيل المثال) والأهلاس (11 بند من نحو التكرار والمدة والتموضع وشدة الصوت والقابلية للتحكم والعداوة). ولم يتم نقل هذه الأدوات للمحيط الناطق بالألمانية، إلا أننا نجد ترجمة لقائمة مقابلة التقييم الاستعرافي للأصوات BAVQ-R ولـ MADS لدى لينكولن (2006).

وبالنسبة لإجراء تحليل (وظيفي) للمشكلة (functional) problem analysis of symptom نهتم بسمات الموقف الذي يظهر فيه العرض والمشكلات والأحداث السابقة والعواقب، التي يحملها ظهور العرض معه. بالإضافة إلى ذلك الأهمية التي يعزوها

---

(1) MUPS, Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule; Carter, Mackinnon, Copolov, 1995; Cognitive Assessment of Voices, Interview Schedule; Howard, Zeegers & Copم Chadwick & Birchwood, 1995; BAVQ revised; Chadwick, Less & Birchwood,2000)

(2) Maudsley Assessment of Delusions Schedule

المريض للعرض وكيف حاول حتى الآن التعامل مع المشكلة. وفيما يلي سوف نعرض أمثلة حول أسئلة الفرز Screening Questions لمجالات التصورات الهذيانية والأهلاس، وهي عبارة عن اقتراحات صياغة بسيطة وللمشخص الحرية في تطوير أسلوبه الخاص.

التصورات الهذيانية

عندما تكون لوحدك فبماذا تفكر؟ هل لديك قناعات معينة لا يشاركك فيها الآخرون؟ هل لديك فلسفة معينة في الحياة؟ هل لديك الانطباع أحياناً بأن أشياء غريبة تحصل في حياتك؟

ما هي هذه القناعات؟ هل يمكنك أن تصف لي ذلك بتفصيل؟ متى فكرت للمرة الأولى بهذا الشكل؟ ما هي براهينك على هذه القناعات؟ هل رأى الآخرون هذا بهذا الشكل أيضاً؟ هل تحدثت مع الآخرين حول ذلك؟ كيف كانت حياتك في ذاك الوقت؟ هل كان لديك ضغوطات (إرهاقات) خاصة؟ كيف أحسست عندما فكرت بهذا؟ ماذا حدث بعدئذ؟ كيف تأكدت القناعة؟ هل هناك أوقات تشكك فيها بقناعاتك؟ هل أنت متأكد؟ في أي الأوقات/ المواقف يكون هذا هكذا؟ ما هي العواقب (الإيجابية والسلبية) لقناعاتك؟

الأهلاس

أتسمع أو ترى أحياناً أموراً لا يسمعها أو يراها الآخرون؟ هل تستطيع أن تسمع في بعض الأحيان أفكارك بصوت عال؟ هل ترى أحياناً رؤى؟ هل تشعر بأحاسيس غريبة في جسدك أو الشعور بأن شيئاً ما غريباً فيك؟ هل تأتيك أحياناً رسائل خاصة من الراديو أو التلفزيون؟ من الله؟

في أي المواقف يظهر ذلك؟ ما الذي تسمعه بالضبط؟ ما هي قوة هذا الصوت؟ جنسه؟ نبرته أو لهجته؟ من أي اتجاه يأتيك؟ ما هو مدى وضوح سماعك له؟ أيقول دائماً الشيء نفسه في أي المواقف يظهر الصوت؟ اذكر لي مثالاً. ماذا حدث قبل ذلك؟

ما الذي فكرت به قبل ذلك؟ ما الذي تفكر به بعد أن يقول الصوت شيئاً؟ ما الذي تفعله للتعامل مع الصوت؟ أيساعدك هذا؟ أتوجد أوقات (حتى بعض الأوقات من النوم أو المواقف) الذي لا يظهر فيه الصوت إلا ما ندر؟ هل الأصوات على حق فيما تقوله؟ ما الذي يحدث لو قلت للصوت أن عليه أن يهدأ؟ عندما لا تتبعه؟

في كثير من الأوقات لا يعرف المرضى بالضبط كيف شعروا في موقف محدد، أو ما الذي فكروا به بالضبط أو فيما إذا ظهرت لديهم أعراض جسدية محددة. وفي مثل هذه الحالات يمكن الطلب من المرضى ولأسباب تشخيصية أن يقوموا بالملاحظة الذاتية.

5.3 عوامل المحيط الاجتماعي

في التشخيص وفق (DSM-IV-TR(APA,2003 من الضروري إجراء تقييم على المحور الرابع والخامس. فعلى المحور الرابع يتم تقييم شدة عوامل الإرهاق الاجتماعية النفسية التي يمكن أن تكون قد قادت لظهور الاضطراب أو للانتكاس أو لتفاقمه، كالمشكلات المهنية في المحيط الاجتماعي أو مع مجموعة الأشخاص المرجعيين على سبيل المثال (قائمة المشكلات الاجتماعية النفسية والمشكلات المرتبطة بالمحيط). ومن خلال مقياس التقييم العام للوظائف Global Assessment of Function Niveau يتم على المحور الخامس إنجاز مستوى الوظائف النفسية الاجتماعية العامة (التكيف الاجتماعي والقدرة النفسية والاجتماعية والمهنية على الإنجاز [الأداء]) على متصل افتراضي يمتد من الصحة النفسية إلى المرض.

ونجد عرضاً لأدوات قياس نوعية الحياة (وبشكل خاص) لدى مرضى الفصام (المزمن) لدى كرامر وآخرين (2000) وليمان وآخرين (2003) على سبيل المثال. وبعد مقياس نوعية الحياة في الفصامQuality of life in Schizophrenia) QliS; Franz et al.,2002) أداة صادقة بشكل جيد ناطقة بالألمانية طورت مؤخراً. وتشمل الأداة على 54 بنداً موزعة على 12 مقياس فرعي ومجال خاص "العمل": الاتصالات الاجتماعية،

التقبل من الآخرين، العلاقة بالأسرة، تقييم العلاج الدوائي، قدرة الإنجاز الاستعرافية، تقييم الإيواء/ السكن، الوضع المادي، الرضا العام عن الحياة، الطمأنينة (الثقة) تقييم الأعراض المرضية النفسية، الإدارة "الطبيعية" للحياة، القدرة على مواجهة الحياة اليومية. ويتم تقييم الإجابات من خلال مقياس تقدير رباعي. وقد تم برهان خصوصية المقياس للمرضى بالفصام.

وعلى جانب تقييم المرهقات Stressors[1] هناك ما يسمى مقاييس الانفعالات المعبر عنها Expressed-emotion Scales. وهذه تقوِّم الإرهاقات الاجتماعية النفسية التي يحتمل أن يتعرض لها المريض السابق عندما يتم تخريجه من المستشفى. وتتيح أدوات المقابلة المطابقة تقدير الاتجاه الانفعالي عالي التعبير high-expressed-emotion-Attitude (اختصار HEE) من خلال مقياس تقدير للأقارب وغيرهم من الأطر المرجعية فيما يتعلق بالعداوة والنقد والمقدار العالي من الارتباط (الالتزام) الانفعالي تجاه المريض.

ومن أجل تقييم هذا النمط من التواصل بشكل موثوق تم تطوير مقابلة كامبرويل الأسرية شبه المبنية Semi structured Camberwell Family Interview،(CFI) التي تستخدم منذ سبعينيات القرن العشرين في صيغة مختصرة لفان وليف (Vaughn and Leff, 1976). وهذه يتم تطبيقها مع الأقارب أو الأطر المرجعية المهمة بغياب المريض في الأسابيع الأولى بعد دخوله المستشفى. وهنا لا تتم إلا مقابلة أولئك الأشخاص الأساسيين الذين سيكونون على اتصال منتظم بالمريض بعد تخريجه من المستشفى. ويتم تسجيل المقابلة على شريط تسجيل أو فيديو ويتم تدريجها فيها بعد من قبل أشخاص مدربين. وتتوفر نسخة ألمانية منها،ومن بين من طوروها فيدلر ونيدرماير وموندت (1986) وكوتغن وسونشسن ويورث (1984).

وهناك أداة أخرى قريبة منها هي استبيان مونستر للأسرة (Buchkremer et al.,

---

[1] الضواغط (العوامل الضاغطة).

1986) يتم من خلاله تقييم التفاعل الأسري على أساس ساعة مقابلة مع جميع أفراد الأسرة.

وتتمثل مشكلة المقاييس حتى الآن لقياس الانفعالات العالية في الاستهلاك العاليللوقت في التطبيق والتقييم. ولهذا السبب تم تطوير تعديلات مختصرة تتراوح بين الخمس والعشر دقائق (عينة جلسة الخمس دقائق ومقابلة العشر دقائق المختصرة) وهي تمتلك صدقاً تطابقياً عالياً مع الأدوات الأصلية في العادة.

كما تم تطوير استبيانات في إطار مفهوم الانفعالات العالية (استبيان لقياس البيئة الانفعالية الأسرية (Feinstein & Hahlweg, Mueller & Dose,1989)، ومقاييس ذات هدف مشابه (Shefler, Hersco-Levy and Kreisman,1995; Cole & Kazarian,1988).

5.4 تحديد العوامل المتعلقة بالشخص

5.4.1 تفهم المشكلة والمطاوعة

على المشخص الذي يعمل بصورة قائمة على التعديل أن يرسم صورة عن الأعراض التي يدركها المريض، لأن المرضى لا يبدون الاستعداد الكبير لتقبل العروض العلاجية بالنسبة للأعراض التي لا يتعرفون إليها على أنها أعراض. وعادة لا توجد لدى المرضى أية مشكلة عندما يسألهم المرء مباشرة وبصراحة عن قناعاتهم فيما يتعلق بالتشخيص وخبرات العلاج حتى الآن، كما هو الأمر على سبيل المثال على النحو التالي: "لقد قيل لكثير من المرضى بمشكلات شبيهة بمشكلتك بأنهم يعانون من مرض ذهاني أو من ذهان أو فصام. فهل قيل لك ذلك أيضاً؟ ما الذي تعتقده حول هذا؟ أتعتقد أنك تعاني من مرض؟ لماذا أتيت إلى هنا (أو إلى العيادة)؟ أتحتاج إلى علاج؟ هل كان تحويلك إلى هنا خطأ؟ هل توجد أعراض معينة ينبغي علاجها؟ هل تتناول أدوية؟ هل تعتقد أن الأدوية تساعد؟ هل سبب لك تناول الأدوية مشكلة ما؟"

كما يمكن للمشخص أن يسترشد بمقياس تقييم عدم إدراك الاضطرابات النفسية

Scale of Assessment Unawareness of Mental Disorders(SUMD) لأمادور وآخرين (1993)، الترجمة الألمانية لينكولن (2006). ويقيس SUMD على سبيل المثال الاستبصار بوجود اضطراب نفسي بما في ذلك العواقب الاجتماعية وضرورة العلاج وإدراك وعزو الأعراض للاضطراب. وتتعلق مدة المقابلة بعدد الأعراض الموجودة وتتراوح في المتوسط بين 15-20 دقيقة تقريباً.

فإذا كان الهدف تقييم المعرفة بالاضطراب لتخطيط وتقويم الأساليب التربوية النفسية على سبيل المثال، فيمكن مثلاً استخدام المقياس المعير لتقييم المعرفة القائمة على المرض للمرضى بالفصام (Luderer & Boecker, Anders & Wurzener,1983)، وكذلك استبيان الذهان Psychoses Questionnaire والذي يفيد في المسائل المشابهة ويهدف إلى تحديد مستوى المعرفة ونموها بعد الإجراءات المطابقة في أسر المرضى بالفصام. وهذا الاستبيان هو جزء من دليل "الإشراف على أسر المرضى بالفصام" لهالفيغ وزملاءه (2006).

5.4.2 التشخيص الموجه لمواجهة المرض

بالنسبة للتشخيص يعد تقييم كفاءات المواجهة الراهنة للمريض في التعامل مع المرض والمعرفة حول المرهقات المهمة والأعراض الإنذارية المبكرة على درجة من الأهمية فيما يتعلق بالوقاية الهادفة من الانتكاس. وبالنسبة لقياس كفاءات المواجهة يمكن استخدام الأداة التالية كخيار بديل عن المقابلة الحرة:

يستخدم مقياس تقييم سلوك مواجهة المرض للفصاميين Interview for Assessment of Disease Coping Behavior by Schizophrenic (Thurm-Mussgay et al.,1991) لتقييم ذخيرة المواجهة وبروفيل الإرهاق الفردي للمرضى الفصاميين. ويتم تقييم مجالات مختلفة من المشكلات كالأعراض والتكيف الاجتماعي وتحقيق الأدوار في العلاقات الزوجية والمهنة والحساسية للانتكاس بالنسبة للمثيرات المحتملة.

وقدم فيديل وراو (Wiedel & Rau,1994) مقابلة نصف مبنية بتقييم تحليلي

مضموني لسلوك المواجهة سميت المذكرات اليومية لتحديد الإرهاقات والمواجهة. وكان هدف الباحثان تصميم أداة قريبة من الأحداث بالمقارنة مع استبيانات المواجهة الشديدة التجريد وقاما استنادا إلى ذلك بعمل تقدير تم تقييمها بعد ذلك على شكل تحليل المحتوى لاستخدامها علاجياً. إلا أنه قد ظهر أن تنفيذ المذكرات اليومية بالنسبة لمرضى الفصام فيه إشكالية- على ما يبدو لأسباب ينبغي البحث عنها في الأعراض الذهانية نفسها (حتى عندما تكون هذه الأعراض قد هدأت؛ أنظر أعلاه)-.

وأخيراً يمكن التعرف على التغيرات المدركة في الأوقات قبل ظهور الطور الاكتئابي مع المرضى وأقاربهم للتعرف المبكر على الانتكاس المهدد. وتقدم قائمة التعرف المبكر (Bernd, 2006) هنا دعماً مفيداً، في استقصاء التغيرات في السلوك والتغيرات الجسدية والتغيرات في الأفكار والمشاعر والإدراكات وكذلك التغيرات في مجالات المدرسة والمهنة في أوقات محددة (أسبوع أو أسبوعين أو أثلاثة أسابيع) قبل بداية الطور الحاد من خلال بنود معطاة.

وتمثل أداة التقدير الاسترجاعي لبداية المرض في الفصام لهيفنر ومجموعته (1990؛ 1999)مقابلة نصف مبنية للوصف المفصل للتطور الإنذاري واللاحق للمرض والإعاقة الاجتماعية والتي تستخدم حتى الآن بشكل رئيسي لأغراض بحثية. وإلى حد ما تم هنا إدخال بنود من أدوات مختبرة بشكل جيد أما البيانات المقيمة فقد نشأت من المرضى وأقاربهم والممرضين أو تم أخذها من الملفات. وهي تتيح الاكتشاف المبكر ومن ثم التدخل المبكر في حال وجود تحرك للمرض الفصامي أو الانتكاس وكذلك لعمل طروحات تنبؤية حول مجرى المرض.

وقد قادت المعارف التي تم الحصول عليها في الدراسات التي أجريت بأداة التقدير الاسترجاعي لبداية المرض في الفصام إلى تطوير قائمة التعرف المبكر Early Recognition Inventory (ERIoas) لماورير ومجموعته (2006) وهيفنر وماورير (2006). وتهدف القائمة إلى التعرف والتدخل المبكرين على الاضطرابات الفصامية. وهو اختبار

من مرحلتين، يتكون من قائمة مراجعة checklist (17 بند)، يمكن من خلالها تقييم الباحثين عن المساعدة المعنيين، وأي منهم سيتم بعدئذ تحويله إلى مراكز التعرف المبكر أو التدخل المبكر، حيث يجرى لهم هناك تشخيصاً آخر (مقابلة بقائمة من الأعراض مكونة من 110 بند ووحدات Module لتقدير عوامل الخطر والعوامل القائمة على التعديل. ومازالت الأداة في طور التطوير وتبدو النتائج الأولى لثبات وصدق قائمة المراجعة واعدة. ولا توجد به نتائج حول الصدق التنبؤي.

كما يمكن التنبؤ بمجرى المرض من خلال جدول أو قائمة تقييم العجز Disability Assessment Schedule: مقياس مانهايم لتقدير الإعاقة الاجتماعية ليونغ ومجموعته (1989). والأداة هنا عبارة عن مقابلة نصف مبنية أيضاً تقيس القصور (العجز أو العطب) في إدراك الأدوار الاجتماعية (في إدارة البيت، في الأسرة، في العمل، كمواطن، في العلاقة الزوجية) والعجز الوظيفي الاجتماعي (وقت الفراغ، الحياة اليومية، التواصل، المراعاة والاحتكاك مع الناس، سلوك الطوارئ). ويتم إجراؤه مع شخص قريب من المريض مع الأخذ بعين الاعتبار أنه لا بد من أخذ علاقته بالمريض وبالمقابل على حد سواء بعين الاعتبار.

5.4.3 تقييم المهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات

ملاحظة السلوك هي أقرب طريقة لتقييم الكفاءة الاجتماعية ومهارات حل المشكلة. فإذا كانت تلك الملاحظة غير ممكنة فيمكن استخدام ملاحظات الشخص الثالث (الممرضون، الأقارب...الخ). ومن الممكن استخدام لعب الأدوار كخيار أو الطلب من المرضى (في المشكلات الأخف) القيام بالحل من خلال تصويرة مشكلة؛ مثال (D'Zurilla & Nezu,2000). وفي هذا المجال بالتحديد لابد لانتباه المشخص ألا يتمركز بشكل أحادي الجانب على القصور، فمن المفيد بالنسبة لمواجهة المرض السؤال عما يستطيعه المريض، وأين تكمن نقاط قوته وأي من العلاقات الموجودة يستطيع اللجوء إليها وما هي الكفاءات (الاجتماعية) التي يستخدمها لتحقيق الأهداف.

ويهدف مقياس الكفاءة الاجتماعية لمرضى الطب النفسي Social Competence Inventory for psychiatric Patients إلى التشخيص القائم على الموارد لاختبار نجاح إجراءات إعادة التأهيل. وهو عبارة عن مقياس تقويم الآخر، يتم فيه تقدير السلوك للمرضى الملحقين (الذين يتم إيوائهم) (سكن إشرافي، مشفى نهاري) في المجالات المختلفة (التحكم بمظهرهم الخاص، مجال الحركة، التلاؤم مع المجموعة، مهارات التواصل والتفاعل والاستعداد للتواصل ودرجة الاستقلالية في المجال المعني).

وفي المحيط الأنجلو-أمريكي تم تطوير مسح المهارات الفعالة المستقل Independent Living Skills Survey(ILSS)(Wallace et al., 2000)، والموجود في صيغة تقييم الآخر والتقييم الذاتي. وبمساعدته يتم تقييم القدرة الوظيفية في 12 مجال (كالتصرف بالنقود والبحث عن العمل والمهارات الاجتماعية والسلوك الدوائي والقدرة على الاعتناء بالنفس على سبيل المثال). ومن خلال النتائج يمكن القيام بعمل تخطيط فردي للعلاج وتقويم علاج تدريب المهارات الاجتماعية.

ويعد مقياس ملاحظة الممرضات لتقييم المرضى الداخليين Nurses` Observations Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) (Honigfeld et al., 2005)، الذي تملأه الممرضات، مقياساً للتكيف الاجتماعي في المستشفى، ويقيس مجالات القدرة على التكيف والاهتمامات الاجتماعية والنظافة والقابلية للاستثارة والذهان الظاهر والتخلف Retardation والاكتئاب.

5.4.4 القصور النفسي العصبي

طالما يأخذ المعالج إمكانية وجود قصور استعرافي في مطالبه من المرضى بعين الاعتبار فإن التقييم النفسي السيكومتري الدقيق للقصور العصبي النفسي قليل الأهمية بالنسبة لتنفيذ غالبية العلاجات في العادة. فهذه تحتاج إلى وقت كبير، وتتجاوز في كل الأحوال إطار التشخيص في العيادة الخارجية وقد تقود المرضى إلى موقف تقييم غير مريح. وغالباً ما يكفي أن نسأل المريض فيما إذا كان يعاني من صعوبات في الانتباه

للأشياء أو من التركيز بشكل كاف لفترة طويلة أو فيما إذا كان قد لاحظ تغيرات في هذه المجالات. وفي غالبية الحالات فإن المعالج المنتبه سوف يلاحظ في مجرى الجلسة من دون اختبارات مسهبة فيما إذا كان المريض يعاني من مشكلات في التركيز وفي تنظيم المضامين أو في التذكر.

إلا أن الأمر يختلف إذا قام المريض من تلقاء نفسه بالإخبار عن قصور في الانتباه أو الذاكرة وعبر عن التحسن في هذه المجالات كهدف علاجي ذو أولوية.

ومن أجل التنبؤ بمؤشر مستوى الوظيفة الاجتماعية والمهنية فإن أداء الذاكرة اللفظية (كاختبار ري للتعلم اللفظي السمعي Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT; Rey,1964) واختبار إعادة نطق الأعداد من اختبار وكسلر للذكاء، وكذلك أداءات الانتباه المستمر (اختبار الأداء المستمر Continuous Performance Test[CPT] (Neuchterline & Asanow,1996) والوظائف التنفيذية (الإجرائية) (ترتيب بطاقات وسكنسن Wisconsin Card Sorting Test) (WCST) قد برهنت صلاحيتها. كما يمكن كخيار لتقييم أداءات الذاكرة قصيرة الأمد والذاكرة العاملة استخدام الاختبارات الفرعية من الصيغة المعدلة لمقياس الذاكرة لوكسلر Wechsler Memory Scale (WMS-R). أما الذاكرة قصيرة الأمد والذاكرة العاملة فيتم قياسها على سبيل المثال بالاختبار الفرعي "مساحة الأرقام للأمام والخلف" والاختبارات الفرعية "مدى الكتلة للأمامBlock span forward" و" مساحة الكتلة للخلف". وقد أمكن من خلال CPT & WCST برهان وجود قصور في الإنجاز (الأداء) ثابت عبر الزمن عند المرضى الفصاميين وكذلك الأشخاص ذوي الخطر العالي للفصام بالمقارنة مع الأصحاء، لهذا تسمى هذه علامات الاستعداد (علامات الحساسية للإصابة Vulnerability marker). إلا أنه هناك ملاحظة نقدية تتمثل في أن العمل على هذه الاختبارات يتطلب على ما يبدو عمليات استعرافية متعددة.

كما أن الإشكالية عند استخدام الاختبارات النفسية العصبية الرائجة أو بطاريات

الاختبارات الواسعة تتمثل في أن المرضى غالباً ما يظهرون ما يسمى بالقصور المعمم، أي يظهرون أداء منخفضاً في الاختبارات كلها، بحيث أنه لا يمكن التوصل إلى طروحات دقيقة حول الأعطاب (الخلل الوظيفي) السببية والأعطاب الاستعرافية الخاصة بهذه المجموعة من المرضى(Straube et al., 2002). ناهيك عن أن كثير من الأدوات ليست حساسة للتعديل ولهذا فهي لا تلاءم في ضبط نجاح التدخلات العلاجية (Vauth et al.,2000).

5.4.5 الاستعرافات المعطوبة

يمكن تقييم الاستعرافات العليا النوعية المعطوبة Specific dysfunctional Meta Cognitions فيما يتعلق بالأهلاس السمعية بالأدوات المذكورة السابقة كقائمة التقييم الاستعرافي للأصوات Cognitive Assessment of Voices واستخبار الاعتقاد بالأصوات Beliefs about voices Questionnaire(BAVQ) واستخبار الاعتقاد بالأصوات المعدل.

كما يمكن تقييم الاستعرافات العليا المعطوبة من خلال استبيانات التقويم الذاتي التي يتم في العادة استخدامها لتقييم الاتجاهات المعطوبة (الاتجاهات المختلة وظيفياً) في الاكتئابات. ومن أمثلتها استبيان الاتجاهات اللامنطقية لتقييم المظاهر المضمونية للاتجاهات غير المنطقية كالتقييم الذاتي السلبي والتعلق وتمثل الفشل والقابلية للتشتت (30 بند) أو مقياس الاتجاهات المعطوبةDysfunctional Attitude Scale (DAS; Hautzinger et al. 2005).

5.4.6 تقييم الطلائع وسمات الخطر في الفصام

بتأثير من نتائج البحث التي أظهرت أن بعض الشذوذات في السلوك والخبرة تتنبأ بالمرض الفصامي اللاحق وأن هناك عدداً كبيراً من الأشخاص بسمات من النمط الفصامي بين أقارب المرضى بالفصام (على سبيل المثال Kendler,1993) تم تطوير مقاييس مختلفة لقياس اضطراب الشخصية من النمط الفصامي. ويتم استخدام مثل

هذه الأدوات في أبحاث سمات الخطر أو المعلمات البيولوجية في الفصام من ناحية ومن ناحية أخرى في المسائل العلاجية النفسية عندما تكون سمات الشخصية من النمط الفصامي واضحة أو تكون قد حققت قيمة مرضية.

ويقيس استخبار الشخصية من النمط الفصامي Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) (Raine,1991) الأعراض الأساسية لاضطراب الشخصية الفصامي وفق DSM-III-R، ويتم الاستقصاء مجالات السمات التالية: القصور الإدراكي- الاستعرافي Cognitive- perceptive Deficits والقصور البين شخصي وسوء التنظيم (الفوضى). وكذلك مقياس الشخصية من النمط الفصامي لكلاريد وبروكس (1984) والذي يسترشد بالدي.أس.أم. الثالثDSM-III

وتقيس المقاييس المختلفة لشابمان وشابمان Chapman & Chapmanمقطعاً واحداً فقط من مجال السمات من النمط الفصامي، كالتفكير الخرافي على سبيل المثال Magic Thinking وانحرافات الإدراك وعدم السعادة (المتعة) الجسدية والاجتماعية، إلا أنه أمكن أيضاً من خلال مقاييس شابمان في دراسة طولية لعشر سنوات برهان أن الدرجات العالية على هذه المقاييس تتنبأ بلامعاوضة ذهانية psychotically Decompensation أو بظهور سمات شبيهة بالذهان أو من النمط الفصامي بشكل دال.

مثال حالة: السيدة حنان

ظهر من خلال المقابلة التي أجريت بوساطة SCID وجود فصام زوري مزمن (طوري مع أعراض بقايا بين المراحل؛ مع أعراض سلبية واضحة (DSM295.3, F20.02). وأظهر الفحص الحالي (PANSS) وجود درجة ضئيلة من الأعراض الإيجابية (اضطرابات طفيفة في شكل التفكير، تهيج بسيط، شكل قليل الوضوح)، وأعراض إيجابية متزايدة (تسطح الانفعالات، فقر الوجدان وجموده، الانسحاب الاجتماعي، علاقة (صلة) وجدانية ضئيلة، سلبية اجتماعية وتبلد، نقص في العفوية وسيولة اللغة،

وتفكير نمطي). وعلى مقياس "الإمراضية العامة" بدت مخاوف المريضة واضحة حول صحتها والحياة اليومية أو حول المستقبل وسلوك تجنبي اجتماعي. واتضح من خلال الاتصال بالمريضة سهولة صرف انتباهها من خلال المثيرات الخارجية وتفكيرها المتباطئ وتوترها. ويوجد لديها استبصار بالمرض، فهي تتناول الأدوية بانتظام (كلوزابين). وعلى الرغم من أن أهلها يدعمونها إلا أنهم لم يبدو أي اهتمام بالإشراف الأسري. وأظهرت المريضة معارف جيدة جداً في اختبار المعرفة حول الذهان، فقد شاركت في المستشفى ببرامج توعية (تربوية نفسية). وفي اختبار التقويم الذاتي أظهرت قيود في مقياس "تضرر الانتباه واللغة". وفي مجرى العلاج أظهرت المريضة بشكل مطرد أفكاراً سلبية حول نفسها وقيمتها الذاتية المنخفضة وبدت توقعات كفاءتها الذاتية منخفضة بوضوح. وتكمن مشكلاتها التي ذكرتها بأنها لا تتجرأ على الحديث مع الآخرين، لأنها تخشى من الفشل أو من أن يتم تقييمها بشكل سلبي. بالإضافة إلى ذلك فهي ترغب في أن تتمكن في التعامل مع مواقف حياتية محددة (في العمل، في التعامل مع الدوائر الرسمية، مع الأطباء، مع المؤجر) بشكل أفضل. وقد لوحظ في لعب الأدوار التشخيصي بأن المريضة تظهر كفاءة في السلوك اللفظي، لكنها لا تستقبل في السلوك غير اللفظي أية إيماءات أو تعابير أو اتصال بصري.

6- علاقة المشخص- المراجع

ترفع خصوصية العمل مع المرضى المشخصين بالفصام من احتمال الاصطدام بمشكلات عند بناء العلاقة بين المراجع والمعالج. فالمرضى قد لا يكونوا مستعدين لإدراك أوقات العلاج التي يعرضها عليهم المعالج. وأحياناً لا يريدون التكلم حول مشكلاتهم، وصولاً إلى الشك بالمعالجين والأطباء بشكل عام. وأحياناً قد يبدو الأمر وكأن المريض ليس هنا بانتباهه على الإطلاق، أو يبدو بعد عشرين دقيقة بدون تركيز. وغالباً ما تتم مواجهة المعالج بأسئلة شخصية ليس لها علاقة واضحة بموضوع الجلسة.

والمبدأ الأفضل للتعامل مع الصعوبات الظاهرة يمكن في محاولة فهم المشكلات من منظور المريض. وبدلاً من وصم المريض بأنه "لا يريد تقديم معلومات"، فإنه من المفيد مواجهتهم بالتحمل (التسامح)، واتخاذ جميع الخطوات لفهم الصعوبات والمبادرة تجاه المريض، حيث يكون ذلك ممكناً.

ومن أجل ذلك فإنه من المفيد التعرف مسبقاً على سلسلة من الأسباب التي تقود إلى أن يشعر المريض بالنفور من المشاركة بالجلسة. فالأصوات يمكن أن توحي للمريض بأن الانفتاح (التعبير عن النفس) قد يقود إلى ضرورة إيذاء المعالج أو أن المريض يعتقد بأن المعالج هو جزء من المتآمرين ولهذا عليه أن يكون على حذر. وغالباً ما تعاش الجلسات المكثفة على أنها مفرطة الإثارة أو مربكة. ويعتقد المريض أن المعالج يعده مجنوناً أو شريراً ويخشى من المصارحة بالمشاعر أو الأفكار، التي قد تعزز هذه التقديرات. ويمكن للمرضى أن يتشتتوا لأنهم يسمعون أثناء الفحص أصواتاً أو يخمنون وجود كاميرات مراقبة وسماعات تجسس في زوايا الغرفة. وبعضهم الآخر يعاني من القصور المميز للفصام في الانتباه ولا يملكون إلا مساحة ضيقة من التركيز، وبعضهم يشعر أن الجلسة مع المعالج في غرفة مغلقة أمر خانق أو مضايق ويستجيبون بارتباك على الاتصال المباشر بالعيون في وضعية الجلوس بالمقابل. وكثير منهم يعانون من إفقار في علاقاتهم البين شخصية ويمكن أن يشعروا بالإرهاق من العلاقة العلاجية ويستجيبون بفرط حساسية على تعابير وسلوك المعالج.

والتعرف على مثل هذه الصعوبات على درجة بالغة من الأهمية إذا ما أردنا الحصول من المرضى على المعلومات التشخيصية الجوهرية وبناء أساس جيد للتعاون العلاجي. وغالباً ما لا يقوم المرضى بالإخبار عن هذه الصعوبات من تلقاء أنفسهم. وفي هذه الحالة لا تتضح المشكلات إلا من خلال العلامات الخارجية للشك، عندما يقوم المرضى على سبيل المثال بمعاينة المعالج بنظرة نقدية أو عندما يكرر النظر لزوايا الغرفة و يرفض المشروبات المعروضة له باستمرار أو يبدو مشتتاً. وفي كل الأحوال فإنه

من المهم أن يحاول المعالج استخلاص ما هي المشكلات التي تمنع المريض من الانتباه الكامل لمحتوى المواضيع. ومن المفيد لو يتمكن المعالج من القيام بتسبيق الإعزاءات الزورية التي قد تكون موجودة، بناء على المعرفة المسبقة بمشكلات المرضى بالفصام أو من خلال الحصول على المعلومات حول المريض من الملفات الخاصة، مثال "هل تخشى أحياناً بأني أنا أيضاً جزء من الجواسيس؟" وبشكل أساسي يوصل المعالج للمريض من خلال الاتجاه التعاطفي والانفتاح واللطف المتسامح والدفء بأنه مهتم كثيراً بمشكلته، وأنه يهمه جداً أن يتحسن وضعه. وينصح أن تتم الجلسة في غرفة هادئة ومريحة.

فإذا ما كان ينبغي إشراك الأقارب في الجلسة فإنه لابد هنا أيضاً من إبداء التفهم للوضع الخاص. فالأقارب غالباً ما يشعرون فوق طاقتهم من خلال المرض وينسحبون أيضاً من محيطهم. ولابد من أبداء التقدير والاحترام لوضعهم المرهق الخاص ولابد من تحريرهم من مشاعر الذنب، قبل البدء على سبيل المثال بتقييم أسلوب التفاعل الأسري.

7-خلاصة واستنتاجات

ازداد في السنوات الماضية الاهتمام المطرد بتطوير أدوات التشخيص القائمة على التعديل، الهادف إلى التخطيط الفردي والفاعل للعلاج، وذلك على عكس التركيز الماضي على وصف وتصنيف الأعراض الفصامية. وهذا يقوم على عوامل الخطر المعروفة للفصام والتي يعزى فيها لعوامل المحيط والعوامل القائمة على الشخص دوراً على نفس الدرجة من الأهمية.

ومع ذلك مازال هناك نقص بالنسبة لبعض المجالات في الأدوات الملائمة وبشكل خاص في مجالات العوامل البيئية الداعمة والأحداث الحياتية المرهقة ومواجهتها وأنماط التمثل الاستعرافي.

وعلى الرغم من أن التوسيع الاستعرافي لنماذج - الاستعداد الإرهاق Vulnerability-Stress-Models وما نجم عن ذلك من علاج سلوكي استعرافي يلقى التقبل

المطرد والمتسع في هذه الأثناء، إلا أنه لم يتم فيما يتعلق بهذا حتى الآن إلا تطوير أدوات متفرقة في المحيط الناطق بالألمانية. ومن ثم فإنه من الجدير بالسعي في المستقبل تطوير أدوات ونقل الأدوات المتوفرة للمحيط الناطق بالألمانية، والمخصصة بشكل خاص لهذا المجموعة من المرضى ومجالات مشكلاتهم. ويمكن من خلالها تصوير التقدم العلاجي أو تأثيرات التعميم Generalization effects. بالإضافة إلى ذلك لابد من الاختبار بدقة إلى أي مدى يمكن تطبيق الاختبارات العامة بدون قيود على مرضى الفصام.

كما توجد فيما يتعلق ببحث العوامل الكامنة خلف الفصام وفروض التفسير البيولوجية مهام مستقبلية للتشخيص الأكثر دقة بإدخال النتائج الاستعرافية العصبية الفيزيولوجية العصبية والأساليب التصويرية. وهنا تحتل دراسات الأشخاص من محيط طيف الفصامات أهمية خاصة من بين الأمور الأخرى، ذلك أنه يتوقع هنا بأن عدم التجانس البيولوجي النفسي يمكن تقليصه من خلال زوال التأثير الدوائي وغياب الأعراض، التي هي من طبيعة ثانوية (عمليات مواجهة أطول للمرض؛ المواجهة السلبية على سبيل المثال).

وتهتم الدراسات البحثية الراهنة بشكل خاص بالتعرف والتدخل المبكرين في الأمراض الفصامية وبتطوير المحكات التشخيصية للأشخاص ذوي الخطر المرتفع للإصابة بالمرض. ويقدم تحديد الأشخاص الحساسين (ذوي الاستعداد) والمرض الذي يشق طريقه إمكانية الاستخدام المبكر لاستراتيجيات التدخل بهدف تحويل انفجار الأعراض المزهرة أو تأجيلها والتأثير بشكل إيجابي على مجرى المرض. ومن المبادئ في هذا الاتجاه على سبيل المثال التحديد التفصيلي الموسع لأعراض المرحلة الإنذارية (الإمارات البعيدة والقريبة من الذهان) وتركيبة عوامل الخطر المختلفة.

18-الهوس المعتدل والهوس

Thomas D. Meyer توماس ماير

1- الوصف

2- التشخيص التصنيفي

2.1 المحكات التشخيصية

2.2 التشخيصات

2.3 مظاهر تشخيصية تفريقية

3- التشخيص القائم على التعديل

3.1 نماذج تفسير كأساس للتشخيص القائم على التعديل

3.2 مبادئ أساسية للتشخيص القائم على التعديل

4- طرق الفحص

4.1 المقابلات وأدوات الفرز للتشخيص المتلازمي

4.2 أدوات تقويم الآخر لقياس الأعراض هوسية الشكل

5- ملاحظات ختامية

1- **الوصف** phenomenology

يعد تعكر المزاج الاكتئابي من أكثر الأسباب التي يراجع الناس بسببها النفسانيون والأطباء. ومن الطبيعي أن يحتل المزاج الاكتئابي وما يترافق معه من أعراض كاضطرابات النوم وفقدان الاهتمام والدافعية والميول الانتحارية مركز الاهتمام ومن البديهي أن توجه القرارات التشخيصية العلاجية بشدة. ولهذا فليس من النادر أن يحصل ألا يتم الاهتمام بالتوضيح التشخيصي التفريقي، فيما إذا كان من الناحية التاريخ - مرضية قد ظهرت أطوار من الهوس المعتدل أو حتى من الهوس، ومن ثم لا يتم استقصاء هذا الأمر.

وفي حين أن المفهوم الأصلي "أحادي–ثنائي القطب unipolar-bipolar" قد رأى بأنه يفترض أن تطلق حتى على المرضى الذين لا يشهدون إلا أطواراً هوسية فقط، تسمية "أحادي القطب (هوسي) unipolar-manic، فإن مفهوم "أحادي القطب" تتم مساواته اليوم إلى مدى بعيد مع مفهوم "الاكتئاب" (من دون أعراض من الشكل الهوسي في السيرة المرضية) (Hautzinger,1996; Kleist, 1953; Leonhard,1963). ويرجع سبب ذلك إلى وجود شك بأنه يوجد مرضى لا يمرون إلا بأطوار هوسية فقط، وأن المسألة هي مجرد أنه لم يتم الإخبار عن حالات اكتئابية لهؤلاء المرضى. وارتباطاً بذلك، وبمقدار ما كانت المحكات صارمة في الدراسات بالنسبة لعلامات الحالات الاكتئابية (على سبيل المثال عدم العلاج بسبب الاكتئاب؛ على أقصى تقدير أعراض اكتئابية شبه حدية أو طفيفة؛ لايوجد طور اكتئابي مشخص الآي.سي.دي. والدي.أس.أم.)، فقد تنوعت التقديرات لانتشار "المجريات الهوسية أحادية القطب" بين المرضى باضطرابات وجدانية ثنائية القطب بين 5–28٪ (Goodwin & Jamison,1990). وقد اقترح أنغست (Angst,1978) في هذا السياق تفريعاً مهماً ومفيداً حيث يستخدم في الهوس Maniaالحرف "M" الكبير وفي الهوس المعتدل بوصفه الدرجة الأقل وضوحاً الحرف "m" الصغير. وبالتوليف مع الاكتئاب الواضح "D" أو الاكتئاب شبه الحدودي "d" حاول وصف القطبية السائدة للأطوار لدى المرضى المختلفين.

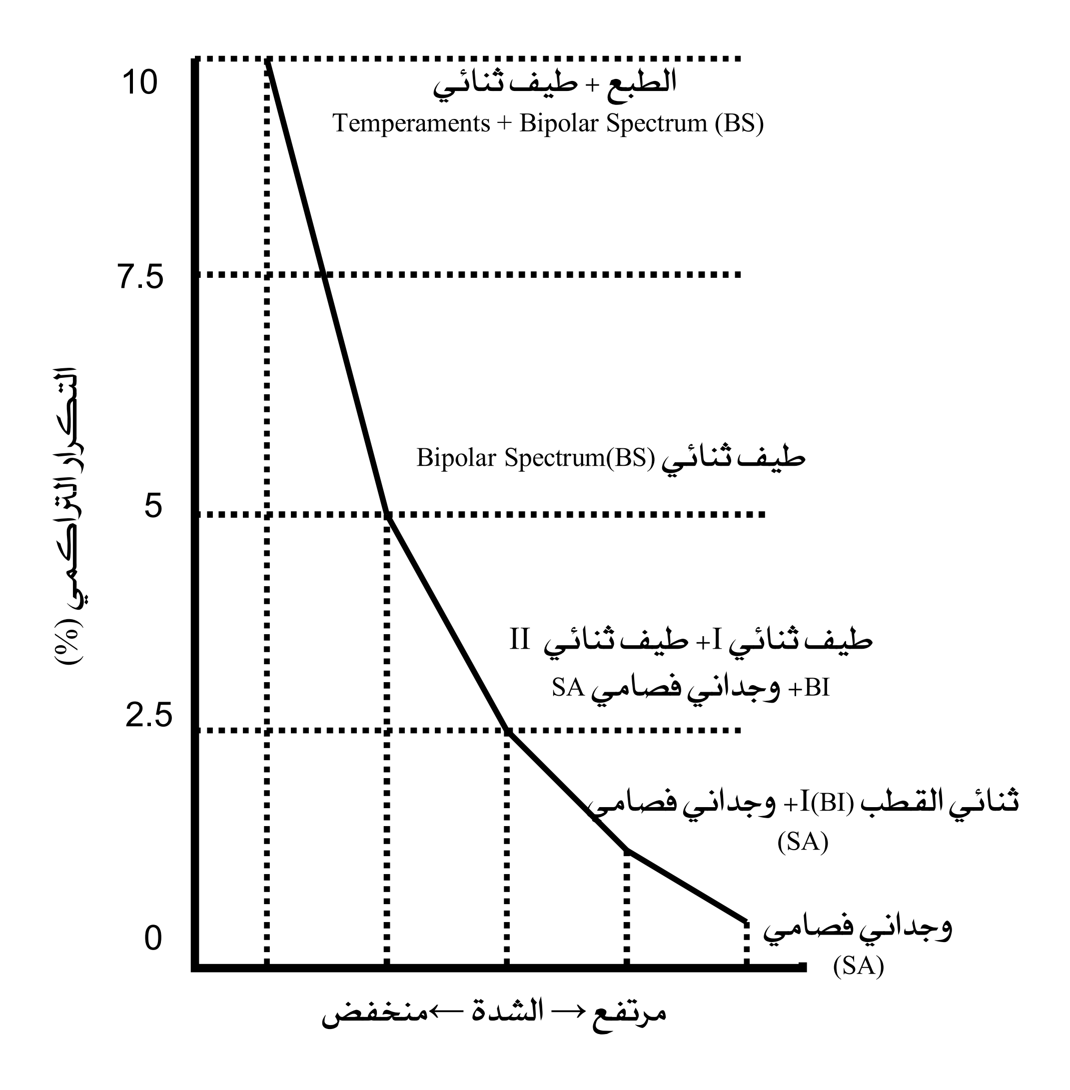
وعند التمييز بين "أحادي القطب–ثنائي القطب" فإن حتى المتخصصين أنفسهم غالباً ما يميلون بشكل عفوي للتفكير بالاضطرابات الوجدانية فقط، إلا أنه لابد من التأكيد مسبقاً على أنه من الممكن ألا يقتصر ظهور الأعراض ذات الشكل الهوسي على إطار الاضطرابات الوجدانية لوحدها. ويشير بشكل خاص ميرنروز (Marneros,2000) إلى أن هذا التقسيم إلى أحادي القطب مقابل ثنائي القطب في الاضطرابات الوجدانية الفصامية هو تقسيم على نفس الدرجة من الأهمية المتعلقة بالاضطرابات الوجدانية الصافية. بالإضافة إلى أنه يتضح باطراد وبغض النظر عن القطبية فإنه من المهم أيضاً

الاهتمام بشكل أشد بالدرجات الخفيفة من الاضطرابات الوجدانية. وتقوم خلفية مفهوم الطيف Spectrum Concept هذا هي أن الدرجات شبه الحدية والمتلازمية syndromal لا تختلف إلا قليلاً فيما يتعلق بالانتحارية واللجوء للمعالجة أو بالتكرار الأسري للاضطرابات الوجدانية (على سبيل المثال Angst, et al., 2003; Angst & Merikangas, 2001; Cassano et al., 1999; Judd & Akiskal,2003). وهذا يفسر أيضاً تقديرات الانتشار المرتفع بوضوح مؤخراً.

وفي حين يتم تقدير انتشار الشكل التقليدي للاضطراب - الاكتئابي-الهوسي على الأغلب بما يعادل 1٪ تقريباً فإن الأمر يبدو مختلفاً عندما يتم أخذ طيف الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطبية بعين الاعتبار. فعندما يتم إدخال الأشكال الأخف في التقدير يرتفع تقدير الانتشار إلى حوالي 5٪. إذا يبدو الاضطراب ثنائي القطب-Bipolar-II-Disorder، الذي تتبادل فيه الأطوار الاكتئابية الكاملة مع الهوس المعتدل على سبيل المثال أندر بنسبة مقدارها 0.5٪؛ ولكن تغيب الدراسات الجائحية حول الانتشار. والمهم في هذا السياق بأن 27-45٪ من التشخيص الأولي "اكتئاب أحادي القطب" لابد وأن يتغير في المجرى إلى "ثنائي القطب". وغالباً ما لا يتم في الممارسة الإكلينيكية اليومية الاستفسار عن الدلائل الممكنة للأعراض هوسية الشكل على الإطلاق أو لا يتم أخذها على محمل الجد. وهنا يوجد علاقة بين شدة الاضطراب من الطيف ثنائي القطب والتكرار. ويعرض الشكل (1) هذا الارتباط، مع العلم أن التكرار يرتفع تراكمياً، كلما تم أخذ صور من الطيف ثنائي القطب-وصولاً إلى الطباع الوجدانية بعين الاعتبار بشكل أكبر.

وحسب منظومات التصنيف الرسمية يكفي وجود عدة أطوار هوسية أو هوسية معتدلة من أجل تشخيص اضطراب ثنائي القطب (وجداني أو وجداني فصامي)، مع العلم أنه لدى غالبية المرضى تظهر أطوار اكتئابية بشكل إضافي أيضاً DSM-IV; ICD-10. وعلى الرغم من أن المرضى يعيشون في الغالب ارتفاعاً في الدافعية وتزايداً في الاهتمام

بالأمور كعلامة أولى للهوس إلا أن العرض الرئيسي المميز في منظومـات التشخيص يتـم وصفه بالمزاج المرتفع بشكل مفرط أو الغبطي euphoric أو الممتد (المتسم بوهـم العظمة) expansive أو المستثار. ويترافق هذا المزاج المرتفع أو المستثار مع وعي مرتفع بالذات أو مع أفكار العظمة أيضاً والحاجة المنخفضة للنوم أو حتى عدم الحاجة لها على الإطلاق، وتسارع الأفكار وتزايد القدرة على الحديث (المسامرة) ومستوى مرتفع من النشاط. وغالباً ما يهتم المعنيون في هذه الأطوار بشكل مطرد بأمور مريحة من نحو الاتصالات الجنسية المتبدلة في الأغلب، وشراء الأسهم والرحلات العفوية للإجازة، في حين أن آخرين يقومون بإهداء هدايا غالية من دون أخذ العواقب الممكنة بعين الاعتبار. وليس من النادر أن يغرق المعنيون بالديون ويمكن أن تكون لسلوكهم عواقب قانونية. بالإضافة للمعاناة الشخصية للمعنيين تحدث إرهاقات شديدة للمحيط أيضاً وهو ما يسم الأسرة بشكل خاص، من خلال عدم توقع السلوك أو من خلال الاستثارة والسلوك العدواني على سبيل المثال. كما أن التكاليف الاقتصادية ليست قليلة الأهمية. فالتكاليف المباشرة (كتكاليف الأطباء والإقامة في المستشفى)، وغير المباشرة (كالغياب عن العمل) هي في الأمراض ثنائية القطب أعلى مما هو الأمر في الاكتئابات أحادية القطب (على سبيل المثال Dunner,2003; Pfaefflin & May, 2003).



شكل (1): العلاقة بين التكرار التراكمي للتشخيصات من الطيف الثنائي وشدة التشخيصات المعنية. ويقصد بالطيف الثنائي هنا بالمعنى الضيق كل الاضطرابات الموصوف في DSM-IVو ICD-10 (كالثاني القطب I والثنائي القطب II والاضطراب الدوري) زائد المتغيرات شبه الحدودية. أما مفهوم الطبع فيستند هنا بشكل خاص إلى الطبع الدوري والمفرط-المعتدل الهوس والاكتئابي والمستثار *cyclothymic, hyperthymic-hepomanic, depressive and irritable Temperament*

وهناك تخمين واسع الانتشار مفاده أن مرضى الهوس يصبحون ملفتين للنظر إلى درجة أنه لابد من إجبارهم على الدخول إلى المستشفى. فإلى حد ما قد توجد أعراض ذهانية (كهذيان العظمة أو هذيان العلاقة) أو حتى أهلاس، مع ذلك قد يحصل ألا يتم تحويل المعنيين للمستشفى. ومثال على ذلك حالة رجل و الذي على الرغم من أنه يبدي أعراضاً هوسية نمطية من نحو انخفاض الحاجة للنوم وتزايداً في الرغبة في الحديث وظل بالإضافة إلى ذلك طوال أشهر عديدة مقتنعاً أنه المسيح (هذيان العظمة) وأن لديه رسالة خاصة عليه تحقيقها، و ظل على الرغم من ذلك لأربعة أشهر من دون علاج. وبما أنه – كما هو الحال ربما في حالات أخرى- لم يصرح عن ذلك، كي لا يعرض رسالته للخطر، فإنه لم يتم برهان هذه الأفكار من شخص ثالث. وبداية وعندما كاد أن يشعل حريقاً كبيراً في منزله من دون قصد، مما أدى لتدخل الإطفاء والشرطة أصبح فعله واضحاً وجلياً. وغالباً ما تمضي سنوات لطرح التشخيص الصحيح. فلدى حوالي 40٪ من المرضى تمضي عشر سنوات حتى يتم طرح التشخيص "اكتئابي-هوسي"، حيث غالباً ما نجد في السيرة المرضية تشخيصات من نحو الفصام أو الاضطراب الوجداني الفصامي أو اكتئاب أحادي القطب أو اضطرابات شخصية حدودية (Lish et al., 1994; National Depressive and Manic-Depressive Association [NIMH],2001). وكمثال نشير هنا إلى المتابعة التي بلغت عشر سنوات للبرنامج التعاوني في علم نفس الاكتئاب للمعهد الوطني للصحة النفسية Collaborative Program on the Psychology of Depression of National Institute of Mental Health(NIMH). وهنا ظهر أنه لدى 5٪ من المرضى كان لابد من تغيير التشخيص إلى "ثنائي القطب I" بسبب ظهور هوس واحد على الأقل. و5٪ آخرين مروا بطور من الهوس المعتدل على الأقل بحيث كان من الضروري طرح تشخيص اضطراب ثنائي القطب II. أما فيما يتعلق بثبات تشخيص ثنائي القطب II فقد ظهر في الدراسة الطولية لدى 14٪ طور هوسي، بحيث كان لابد من تغيير التشخيص إلى اضطراب ثنائي القطب I(Coryell et al., 1995). وفي دراسة زيورخ التتبعية ظهر أنه خلال حوالي 30سنة

من المجرى تقريباً لدى 24٪ من المرضى الذين تم تصنيفهم بالأصل على أنهم مرضى أحاديي القطب كان لابد من طرح التشخيص ثنائي القطب. وكمتنبئ على الاضطراب ثنائي القطب I ظهر أن شدة ما يسمى بالأطوار الاكتئابية وحدها هي المؤشرة depressive Index episodes عند بداية المرض. وظهر أن سمات محددة من الطبع مهمة بالنسبة "للقاطع [المفتاح] switch" للاضطراب ثنائي القطب II: إذا يسبق ظهور أطوار الهوس المعتدل "عدم استقرار مزاجي" واضح، ومستوى مرتفع من النشاط أو الطاقة لدى المرضى باكتئاب أحادي القطب وأحلام نهارية متكررة (Akiskal et al., 1995).

2. التشخيص التصنيفي

2.1 المحكات التشخيصية

على الرغم من أن الاكتئابات تظهر في غالبية الحالات في مجرى الاضطرابات ثنائية القطب وغالباً ما تسيطر فيما يتعلق بتكرارها وشدتها، فإننا سوف نركز بشكل أساسي فيما يلي على الحالات من الشكل الهوسي. وكنا قد أشرنا مسبقا إلى بعض المظاهر النوعية فيما يتعلق بالاكتئاب (قارن أيضاً الفصل التاسع عشر من هذا الكتاب).

عندما يتعلق الأمر بالتشخيص التفريقي للاضطرابات الوجدانية – ثنائية القطب – مقابل أحادية القطب – تنشأ من خلال ذلك المشكلة المتمثلة في أنه لدى 50٪ من المرضى باضطرابات وجدانية ثنائية القطب يبدأ المرض بطور اكتئابي (Goodwin & Jamison,1990) ومن ثم فإنه لا يمكن طرح تشخيص صادق وثابت إلا في المجرى اللاحق. وبهذا ففي الطور الاكتئابي الأول يمكن أن يكون الأمر مجرد طور اكتئابي وحيد أو بداية اضطراب اكتئابي (وحيد القطب) انتكاسي أو بأول ظهور لاضطراب وجداني ثنائي القطب. لهذا يتم البحث باستمرار عن دلائل تتيح التمييز بين الاكتئابات أحادية وثنائية القطب. ومن أكثر الفروق تكراراً التي يتم ذكرها الأعراض التالية:

- اضطرابات النوم: في حين يذكر مرضى الاكتئاب أحادي القطب اضطرابات نوم

نمطية تقريباً كصعوبات الدخول في النوم والاستمرار فيه والاستيقاظ المبكر، غالباً ما يشكو المرضى باضطراب وجداني ثنائي القطب بأنهم ينامون أكثر من المعتاد أو يشعرون بحاجتهم المتزايدة للنوم.

- النشاط الحركي النفسي: ويتعلق الأمر هنا بأنشطة حركية هادفة عفوية أو مقصودة، مع العلم أنه يتم التفريق بين "الهياج/ عدم الهدوء الحركي النفسي" و"التباطؤ الحركي النفسي". ويظهر التباطؤ الحركي النفسي على سبيل المثال على شكل بطئ في الحركة أو في اللغة. أما علامات عدم الهدوء الحركي النفسي فهي على سبيل المثال عدم القدرة على الجلوس بهدوء أو في الحالة القصوى القيام والقعود جيئة وذهابا. وفي حين غالباً ما يذكر المرضى في الاكتئابات أحادية القطب عدم الهدوء فإن التباطؤ الحركي النفسي يتصدر في الغالب في الاكتئابات ثنائية القطب.

وإلى حد ما يتم ذكر أعراض أخرى أيضاً (كالتغيرات في الشهية/ الوزن وتكرار الشكوى حول الشكاوى الجسدية أو الأعراض السوداوية)؛ إلا أن هذه النتائج تستند إلى دراسات قليلة. والفروق المذكورة بين الاكتئابات ثنائية وأحادية القطب الحادة ليست واضحة - حتى فيما يتعلق بالنوم والأعراض الحركية النفسية-، إلى درجة تجيز لنا إجراء تشخيص تفريقي بالفعل (Johnson & Kizer,2002). وكمحك لاستبعاد اضطراب وجداني ثنائي القطب يتم غالباً وبالاستناد إلى بيريس (1973) تقييم ظهور ثلاثة أطوار على الأقل من الاكتئاب في مجرى اضطراب وجداني، من دون أن تظهر علامات لأعراض هوسية معتدلة أو هوسية إضافية.

وفيما يلي سوف نتطرق للأعراض ذات الشكل الهوسي فقط. ونتحدث عن طور هوسي عندما يوجد مزاج مرتفع ممتد أو مستثار مستمر لفترة طويلة، يترافق مع أعراض إضافية من نحو المبالغة في تقدير الذات وانخفاض الحاجة للنوم أو تناقص الكبح الاجتماعي. وبغض النظر عما إذا كانت توجد أعراض ذهانية في الهوس، لابد من أن يوجد تضرر واضح في القدرة على الأداء (الإنجاز) في الحياة اليومية. ويعرض

جدول (1) المحكات المطابقة التي تتيح أو تبرر إجراء تشخيص للطور الهوسي وفق الآي.سي.دي. العاشر والدي.أس.أم. الرابع.

وحتى عندما لا توجد تضررات شديدة في القدرة الوظيفية يمكن أن يتعلق الأمر بطور وجداني أيضاً. وفي هذه الحال يتحدث المرء عن هوس معتدل DSM-IV أو طور هوسي معتدل ICD-10.

فإذا قارنا المحكات لهذه المتغيرة قليلة الوضوح (قارن جدول 2) مع تلك التي للهوس فإنه يلاحظ وبشكل خاص في الدي.أس.أم. الرابع بأن الأمر يتعلق بالأعراض نفسها. أما في الآي.سي.دي. العاشر بالمقابل فإننا نجد فروقاً في صياغات كلتا الحالتين.

جدول (1): المقارنة بين DSM-IV وICD-10
فيما يتعلق بالمحكات اللازمة للطور الهوسي

	DSM-IV	ICD-10 (*)
المزاج	طور محدد (واضح) من المزاج المرتفع بوضوح، المتمدد أو المستثار	مزاج مرتفع غير متطابق مع الموقف بين الانشراح غير المهموم والاستثارة غير القابلة للتحكم
مدة الأعراض اللازمة	أسبوع واحد على الأقل	أسبوع واحد على الأقل
عدد الأعراض اللازمة	على الأقل ثلاثة أعراض أخرى (قابل للاستثارة:4)	بعض الأعراض الأخرى
الأعراض	1- نشاط مرتفع أو فقدان هدوء حركي 2- ارتفاع في الميل للحديث (المسامرة) 3- حاجة منخفضة للنوم	1- دافع متزايد وفرط نشاط 2- ضغط للكلام 3- حاجة منخفضة للنوم 4- قابلية قوية لصرف الانتباه (قابلية كبيرة للتشتت)

	DSM-IV	ICD-10[*]
	4- ارتفاع في قابلية صرف الانتباه (قابلية كبيرة للتشتت) 5- مبالغة في تقدير الذات أو أفكار عظمة 6- انشغال مفرط بنشاطات محبوبة والتي تقود بدرجة عالية من الاحتمالية إلى عواقب غير محمودة 7- هروب الأفكار أو الشعور الشخصي بتسارع الأفكار	5- مبالغة في تقدير الذات وهذيان العظمة 6- سلوك متهور أو طائش، لايتم أخذ خطره بعين الاعتبار (كالبدء بمشاريع كبيرة أو غير قابلة للتنفيذ، إسراف في صرف النقود) 7- تفاؤل مفرط 8- اضطرابات إدراك (على سبيل المثال: الألوان، فرط الأصوات "السمع") 9- فقدان الكبح الاجتماعي
نوع الأضرار النفسية الاجتماعية	تغيرات إدارة الحياة مع تضررات شديدة	تغيرات إدارة الحياة مع تضررات شديدة
معايير الاستبعاد	غير مستثار بسبب المواد أو ليس بسبب عامل مرضي طبي عام أو غير ناجم عن سبب جسدي	غير مستثار بسبب المواد أو ليس بسبب عامل مرضي طبي عام أو غير ناجم عن سبب جسدي

(*) في محكات البحث لـ ICD-10 توجد إلى حد ما قواعد صريحة. لكن بما أنه في الغالب يتم استخدام الموجهات النفسية الإكلينيكية، فقد تم ذكر هذه هنا.

جدول (2): المقارنة بين DSM-IV وICD-10 فيما يتعلق بالمحكات اللازمة للطور الهوسي أو الهوسي المعتدل

	DSM-IV	ICD-10[*]
المفهوم	طور هوس معتدل Hypomania Episode	طور هوسي معتدل Hypomanic Episode
المزاج	طور محدد (واضح) من المزاج المرتفع بوضوح، الصريح أو المستثار	طور محدد (واضح) من المزاج المرتفع بوضوح، الصريح أو المستثار
مدة الأعراض اللازمة	4 أيام على الأقل	بضعة أيام
عدد الأعراض اللازمة	على الأقل ثلاثة أعراض أخرى (قابل للاستثارة:4)	بعض الأعراض الأخرى على الأقل
الأعراض	1- نشاط مرتفع أو فقدان هدوء حركي 2- حاجة منخفضة للنوم 3- ارتفاع في قابلية صرف الانتباه (قابلية كبيرة للتشتت) 4- مبالغة في تقدير الذات أو أفكار عظمة 5- انشغال مفرط مع نشاطات محبوبة التي تقود بدرجة عالية من الاحتمالية إلى عواقب غير محمودة 6- هروب الأفكار أو الشعور الشخصي بتسارع الأفكار	1- دافع متزايد وفرط نشاط 2- حاجة منخفضة للنوم 3- ضغط للكلام 4- مبالغة في تقدير الذات وهذيان العظمة 5- الشعور الملفت للنظر بالصحة والقدرة على الإنجاز الجسدي والنفسي 6- ارتفاع في الاجتماعية 7- ثقة مفرطة 8- ارتفاع في الليبيدو 9- سلوك خاطئ

	DSM-IV	ICD-10 (*)
نوع الأضرار النفسية الاجتماعية	تغيرات إدارة الحياة مع والأعراض ملحوظة من الآخر	تغيرات إدارة الحياة مع تضررات خفيفة
معايير الاستبعاد	1- لا توجد أضرار نفسية اجتماعية واضحة (هوس) أو أعراض ذهانية 2- غير مستثار بسبب المواد أو ليس بسبب عامل مرضي طبي عام أو غير ناجم عن سبب جسدي	1- لا يوجد هوس وذهان دوري، لا توجد أعراض ذهانية 2- غير مستثار بسبب المواد أو ليس بسبب عامل مرضي طبي عام أو غير ناجم عن سبب جسدي

(*) في محكات البحث لـ ICD-10 توجد إلى حد ما قواعد صريحة. لكن بما أنه في الغالب يتم استخدام الموجهات النفسية الإكلينيكية، فقد تم ذكر هذه هنا.

ومن أجل تشخيص طور من الهوس المعتدل وفق DSM-IV لابد من أن تكون التغيرات في السلوك ملحوظة بالنسبة لشخص ثالث أيضاً. بالإضافة إلى ذلك يكفي وفق DSM-IV أن تستمر الأعراض لأربعة أيام. وهنا نشير مرة أخرى بأن السمة التفريقية الفعلية بين الهوس والهوس المعتدل ليست المدة وإنما شدة الضرر الناجمة عن الأعراض. فالأطوار الهوسية المعتدلة تستمر في الغالب أكثر من أسبوع بشكل واضح.

وتمثل ما تسمى بالأطوار المختلطة حالة خاصة من الأطوار الوجدانية التي يغلب ألا يتم الاهتمام بها. ولا يوجد حول ذلك في منظومات التصنيف أي دليل للأعراض النوعية، وإنما يتم وصفها باعتبارها شكل مختلط من الأعراض ذات الشكل الهوسي والاكتئابي.

وفي ICD-10 وDSM-IV يتم تشخيص شكل مختلط، عندما يظهر المعنيون في الوقت نفسه علامات طور اكتئابي وعلامات طور هوسي (معتدل) على حد سواء أو عندما تتعاقب الأعراض بتبادل سريع وراء بعضها، بشكل ساعي إلى حد ما (على

سبيل المثال اكتئابية متزاوجة مع استثارة وعدم قدرة على الهدوء وغياب الحاجة للنوم وانتحارية). وفي DSM-IVيتم كمحك للوقت تحديد بأنه لابد من أن تستمر هذه مثل هذه الأعراض المختلطة لمدة أسبوع على الأقل، في حين أن ICD-10 يحدد أسبوعين. ويتعلق انتشار مثل هذه الأطوار المختلطة بالتعريف. فعندما يتم استخدام محكات صارمة جداً كما هو الحال في DSM-IV أو ICD-10، فإن تقديرات الانتشار تتراوح بين 5-8٪. فإذا ما عددنا وجود الأعراض الاكتئابية المنفردة ضمن إطار الحالات الهوسية كمؤشر لوجود طور مختلط، عندئذ قد يصف المرء 35–50٪ من الهوس على أنه "أطوار مختلطة". وكمثال على تصاميم مفاهيمية Conceptualization أخرى نشير هنا إلى ما يسمى محكات سينسيناتي[1] Cincinnati-Criteria للطور للأطوار المختلطة التي تحدد ما يلي (McElroy et al., 1992, 1992):

أ – وجود طور هوسي أو هوسي معتدل وفق DSM.

ب– ووجود ثلاثة أعراض اكتئابية أخرى في الوقت نفسه، تتطابق جزئياً فقط مع محكات طور الاكتئاب الأساسي:

1- مزاج اكتئابي
2- فقدان الاهتمام أو فقدان المتعة
3- زيادة الشهية وزيادة الوزن
4- تزايد النوم (فرط النوم Hepersomnia)
5- فقدان الدافعية
6- التعب أو فقدان الطاقة
7- فقدان واضح لقيمة الذات أو مشاعر ذنب غير مناسبة/ مفرطة
8- الشعور بقدان الأمل واليأس
9- أفكار متكررة بالموت، أو أفكار انتحار أو مخططات انتحار ملموسة.

---

(1) نسبة إلى جامعة سينسيناتي في مدينة سينسيناتي بولاية أوهايو الأمريكية.

وغالباً ما نجد في المراجع مفهوم "الهوس غير النمطي Atypical Mania" أو "الهوس المقلقل (الهوس العكر) dysphorical Mania" كمرادف "للطور المختلط" (مثال ذلك Marneros,2002P McElroy, Feeman & Akiskal,2000). ويتم اليوم نقاش إلى أي مدى التقييدات الراهنة القائمة في التشخيص مبررة في تشخيص الطور المختلط في إطار الاضطرابات الوجدانية (الفصامية) ثنائية القطب أم ينبغي تصنيف الاكتئاب الهائج على سبيل المثال كحالات مختلطة (على سبيل المثال Koukopulus,1999).

2.2 التشخيصات

على الرغم من أنه لا يوجد فيما يتعلق بالأطوار الوجدانية المنفردة أي فروق في DSM-IV وICD-10 إلا أنه توجد فروق جوهرية في المظهرين التاليين:

1- يتصف الـDSM-IV بطبيعة توجيهية (تعليمات توجيهية directives guiding principles)وبهذا فهو يعطي قواعد صريحة حول الشروط الخاصة (الحد الأدنى من المدة الزمنية، العدد اللازم من المحكات الواجب تحققها) لتشخيص طور هوسي أو هوسي معتدل، في حين أن ICD-10 هنا يتصف بطبيعة إرشادية ويترك للمشخص مساحة واسعة من الحرية.

2- في حين أن الأطوار الوجدانية المنفردة تمثل في DSM-IV متلازمات مفتاحيه وليست تشخيصات مستقلة، يمكن وفق ICD-10 طرح التشخيص طور معتدل الهوس طفيف على سبيل المثال.

ويعرض جدول (3) التشخيصات من ICD-10 وDSM-IV التي تظهر فيها أعراض هوسية الشكل.

جدول (3): مقارنة الاضطرابات ثنائية القطب في DSM-IV وICD-10

DSM-IV	ICD-10
اضطراب ثنائي القطب I (اكتئاب+هوس)	اضطراب وجداني ثنائي القطب (F31)
اضطراب ثنائي القطب II (اكتئاب+هوس معتدل) (*)	اضطراب وجداني ثنائي القطب (F31)
اضطراب دوري Cyclothymic Episode	اضطراب دوري Cyclothymia (F34.0)
طور هوسي معتدل(**) Hypomanic Episode	هوس معتدل Hypomania (F30.9)
طور هوسي Manic Episode	طور هوسي Manic Episode(F30)
[=اضطراب ثنائي القطب I، طور هوسي منفرد من دون أعراض ذهانية]	هوس من دون أعراض ذهانية (F30.1)
[=اضطراب ثنائي القطبI، طور هوسي منفرد مع أعراض ذهانية]	هوس مع أعراض ذهانية (F30.1)
طور مختلط(**)	طور وجداني مختلط (F38.00)
اضطراب وجداني فصامي- من النمط ثنائي القطب	اضطراب وجداني فصامي (F28)

(*) تم ترميز التشخيص ثنائي القطب II في ICD-10 تحت F31.8 "اضطرابات وجدانية ثنائية القطب أخرى".

(**) لا يتعلق الأمر هنا في DSM-IV-TR بتشخيصات مستقلة، وإنما بمتلازمات مفتاحية والتي يمكن أن تظهر في إطار اضطرابات مختلفة (على سبيل المثال هوس في إطار الذهان الوجداني الفصامي).

كما يتم في كلتا المنظومتين استخدام التسمية "ثنائي القطب" أيضاً حتى عندما تظهر في المجرى أطوار هوسية فقط أو مختلطة فقط، مع العلم أن هذا الأخير حسب مارنروز (Marneros et al, 1991;1006) نادر جداً حيث تبلغ نسبته 1٪. وهذا يعني بأن الظهور الإضافي للأطوار الاكتئابية ليس شرطاً ضرورياً للتشخيص "ثنائي القطب" (قارن التشخيص التفريقي للاضطرابات الاكتئابية لهاوتسنغر ومايز 2002).

والتفريق الذي تم عمله في DSM-IV فقط بشكل صريح، والمهم تشخيصياً وعلاجياً وفق ICD-10 أيضاً هو التفريق فيما إذا كان المجرى حتى الآن في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب معتدل الهوس فقط (أو طور من الهوس المعتدل وفق اصطلاحات DSM-IV) أو تظهر أطوار هوسية أيضاً: وفي هذا الأخير يتعلق الأمر بشكل تقليدي من الاضطراب الاكتئابي-الهوسي، الذي تطلق عليه تسمية الاضطراب ثنائي القطب I(Bipolar-I-Disorder). إلا أنه حين يتم تبادل الأطوار الاكتئابية مع مراحل هوسية معتدلة، فإن DSM-IV يتحدث عن الاضطراب ثنائي القطب II(Bipolar-II-Disorder). وغالباً ما يتعلق الأمر بإشكالية مزمنة، تكون فيها الفواصل الخالية من الأعراض، ما يسمى بالمزاج الطبيعي Euthyme Interval أقصر مما هو الأمر عليه في الاضطراب الاكتئابي-الهوسي التقليدي (Judd et al.,2003)

وتمثل فئة "التبدل السريع Rapid cycling Disorder" في DSM-IVنمطاً فرعياً خاصاً من الاضطرابات الوجدانية فيما يتعلق بالمجرى. وهذه المتغيرة وردت في ICD-10 تحت F31.8" "اضطرابات وجدانية ثنائية القطب أخرى" يتم ترميزها مع الإضافة "تبدل سريع للمراحل". ونتحدث عن "التبدل السريع Rapid cycling عندما يعيش المعنيون خلال سنة واحدة أربعة أطوار وجدانية على الأقل، والتي يمكن تحديدها عن بعضها إما من خلال تحسن شامل (عدم وجود الأعراض) أو أنها تتصف بالانقلاب إلى طور من القطب المعاكس (هوسي ← اكتئابي). وعلى الرغم من أنه في البحث حتى الآن حدث تفريق على سبيل المثال استناداً إلى التنبؤ متوسط الأمد أو للاستجابة إلى

أدوية معينة بالمقارنة مع الاضطراب الهوسي الاكتئابي (Dunner,1999;Goodwin & Jamison, 1990)، فإنه من غير الواضح فيما إذا كان ينبغي علينا الحديث عن مجموعة فرعية نوعية لدى المرضى ثنائيي القطب، لأنه قد لوحظ لدى الغالبية من مرضى "التبدل السريع Rapid cycling" على المدى البعيد تبدل إلى مجرى غير سريع Not-Rapid cycling (Bauer, Calabrese et al., 1994; Coryell, Endicott & Celler,1992).

في الاضطراب الدوريCyclothymia يتعلق الأمر باضطراب وجداني ثنائي القطب مضعف يتصف بعدم استقرار وجداني مستمر. حيث تتبدل أطوار من المزاج الاكتئابي-القلق أو غير المريح (المزاج العكر-dysphoria) مع مراحل من المزاج المرتفع قليلاً، الغبطي أو المستثار،والتي تحقق وفق DSM-IV محكات الطور الهوسي المعتدل. وعلى الرغم من أن الاضطراب الدوري مزمن إلا أنه يمكن للمزاج في بعض الأحيان أن يكون طبيعياً ويستمر لأسابيع عدة ثابتاً (شهران على الأكثر). إلا أنه في السنوات الأولى لا يفترض أن تتحقق على الإطلاق محكات الهوس ولا محكات الاكتئاب الأساسي أو محكات الطور الاكتئابي الشديد، وإلا سيكون في هذه الحالة تشخيص ثنائي القطب I أو II مبرراً.

2.3 المظاهر التشخيصية التفريقية

تتمثل إحدى المشكلات المركزية في تشخيص الحالات الهوسية في التفريق بين التأرجحات "الطبيعية" والإكلينيكية في المزاج والدافع. وتتضح هذه المشكلة بشكل خاص في ما يسمى بالأعراض الهوسية المعتدلة hypomania. وفي مثل هذه الحالات من النادر أن يبحث المعنيون عن المساعدة المختصة، وحتى إن فعلوا ذلك فلا يتم تحديد المزاج الراهن كمشكلة وإنما يوصف بأنه "العصر الذهبي أو الخلاق أو المنتج"، الذي يسهل فيه على الشخص النهوض مبكراً ويواجه المهام التي تنتظره بسهولة ومع ذلك يظل لديه الوقت للقيام بأمور جيدة. أما من يلاحظ التغير ويقيم سلوك المعني على أنه منحرف عن ذاتهم الطبيعية أنفسهم فهو المحيط المباشر كالأقارب، أو الأصدقاء على

الأغلب، وبغض النظر أن المعنيين غالباً ما لا يذكرون الأعراض المطابقة في الطور الاكتئابي، فإنه يتم تقييم مثل هذه الحالات حتى من المتخصصين -وبشكل خاص بعد الدفعات الاكتئابية الحادة - على أنها "تأرجحات هوسية معتدلة لاحقة" في إطار الاكتئابات أحادية القطب، بحيث أنه لا يتم التعرف وبشكل خطأ على ثنائية قطبية الأعراض ولايتم تشخيصها. وغالباً ما يذكر المعنيون أيضاً أنفسهم أسباباً قد تبدو معقولة لحالتهم الراهنة (كالامتحان القادم، تزايد مردود العمل، العشق)، والتي قد تبدو معقولة، إلا أنه مع ذلك فإن هذا لا يستبعد تشخيص الأطوار الهوسية. وهنا من المهم الفحص بدقة كبيرة كم يستمر المزاج المرتفع أو المستثار وفيما إذا كانت في الوقت نفسه هناك علامات للحاجة المنخفضة ذاتياً للنوم أو تزايد الاجتماعية أو الرغبة في الحديث أو ارتفاع في الحاجة للنشاط. وبمجرد توفر مثل هذا النمط من الأعراض كما هو موصوف في DSM-IV وICD-10 لعدة أيام فلا بد من الأخذ بعين الاعتبار إمكانية وجود اضطراب ثنائي القطب بدلاً من اعتبار هذا على أن هذا غير مهم تشخيصياً بوصفه "تأرجح لاحق من الهوس المعتدل". ووحده الاستقصاء الهادف في إطار التشخيص المناسب يمكنه أن يمنع حدوث تشخيص خطأ، والذي له مضامين أيضاً بالنسبة للعلاج المناسب (قارن Meyer & Hautzinger, 2004).

وقد ظهر أن التشخيص التفريقي "ثنائي القطب (مع أعراض ذهانية) و"الوجداني الفصامي" يعد تحديداً صعباً جداً. وهناك مظهر يزيد من هذا الأمر تعقيداً، هو التفريق الذي يكاد لا يكون ممكناً في الحالة الذهانية-الهوسية الحادة. وهنا غالباً ما لا يمكن التأكد ببعض اليقين إلا في المجرى، فيما إذا كانت الأعراض الذهانية تظهر فقط في إطار طور هوسي (=ثنائي القطب) أم أنها أيضاً تستمر من دون أعراض وجدانية مسيطرة (=وجداني فصامي). وتظهر دراسات مختلفة في هذا السياق بأنه لدى المرضى الأصغر سنا بشكل خاص - إذا ما ظهرت أعراض ذهانية- يتم التفكير في تشخيص بفصام (كفصام المراهقة على سبيل المثال) أو اضطراب وجداني فصامي أكثر من التفكير بتشخيص "هوسي-اكتئابي".

وهنا يبدو أيضاً أن للتوجه العلاجي والخبرة المهنية تأثيرهما. فقد أقر الأطباء ذوي التوجه الدوائي أو العلاجي السلوكي الاستعرافي بأنهم غالباً ما أعطوا التشخيص اضطراب ثنائي القطب - على الأقل لدى مرضى في سن الطفولة واليفوع (Meyer, Kossmann-Boehm & Schlottke,2003).

وهناك مظهر آخر إضافي يصعِّب التشخيص التفريقي يتمثل في الترتيب النسولوجي لأعراض مرضية معينة (على سبيل المثال Hiller et al.,1993,1994) فعندما يتعلق الأمر على سبيل المثال بتصورات هذيانية منسجمة syntheme (موافقة للمزاج[1]) (كهذيان العظمة، الهذيان الديني، هذيان الملاحقة مع وجود مزاج مستثار)، فهناك اتفاق واسع حول تصنيف هذا عندئذ على أنه "هوس مع سمات ذهانية". وعلى الرغم من أن ظهور تصورات هذيانية غير منسجمة Para thyme (غير متطابقة مع المزاج[2]) وأهلاس في إطار الأطوار الوجدانية لا يمثل محكات استبعاد في الدي.أس.أم. الرابع والآي.سي.دي. العاشر، فإنه غالباً ما يتم تقييم وجود "الأعراض من الدرجة الأولى" وفق كورت شنايدر (Kurt Schneider,1967) كمؤشر، بحيث أن الأمر يتعلق باضطراب من الطيف الفصامي. وهذا يعني بأن بعض الإكلينيكيين يميلون إلى تشخيص من الطيف الفصامي عند وجود أصوات معلقة أو الوحي بالأفكار أو هذيان التأثير على سبيل المثال. وحسب أكيسكال وبوزانتيان (Akiskal & Puzantian, 1997) فإن هذه الأعراض بحد ذاتها لاتبرر تشخيص فصام أو اضطراب فصامي بعد. ولهذا السبب لا يراعي الدي.أس.أم. الرابع بالنسبة للتشخيص التفريقي إلا المجرى الزمني فقط للأعراض الوجدانية والذهانية. وبالعكس يؤيد مارنروز (Marnerose,2000) أنه عند وجود تصورات هذيانية مطابقة غير مطابقة للمزاج أو أهلاس غير مطابقة للمزاج

---

(1) Mood Congruent.

(2) Mood incongruent.

فلابد من الافتراض دائماً بوجود طور فصامي في إطار الاضطراب الوجداني الفصامي.

وهناك تحديد آخر مهم يتعلق باضطرابات الشخصية من العنقود (المصفوفة) "ب" (Cluster B): مضادة للمجتمع واستعراضية ونرجسية. إذ يمكن تقييم الأعراض الظاهرة بشكل خطأ على أنها دلائل على اضطرابات الشخصية. وبشكل خاص عند غياب الأعراض الذهانية. ويمكن للسلوك الملتصق (الخالي من الحدود) أو المتجاوز للحدود أو الأناني egocentric المتكبر أو الاندفاعي أو إلى حد ما المستثار العدواني أن يعاش على أنه مضاد للمجتمع أو نرجسي (على سبيل المثال Stormberg, Ronningstam, Gunderson & Tohen, 1998; Tyrer & Brittlebank, 1993). كما تشير دراسة بيسيلوف وآخرين (Beselow et al., 1995) بشكل غير مباشر إلى هذه المشكلة، لأنه قد ظهر أن الاختلاطية المخمنة للاضطرابات ثنائية القطب واضطرابات الشخصية لدى المرضى الذين فحصوا في حالة الهوس المعتدل كانت أعلى مما هو الحال لدى المرضى المتحسنين أو ذوي المزاج الطيب (الطبيعي) euthyme. غير أن المشكلة الأساسية في التحديد (الفصل) تظهر فيما يتعلق باضطرابات الشخصية الحدودية Borderline Personality Disorders. وبشكل خاص يكون التشخيص التفريقي صعباً لدى المرضى باضطراب ثنائي القطب IIbipolar-II-Disorder أو باضطراب دوري أو بالشكل الفرعي "المنقلب السريع Rapid Cycling. وبالنسبة للتشخيص التفريقي لابد من الانتباه بشكل خاص إلى ما يلي:

1- في التشخيص المنهجي لابد من التصرف بشكل متتابع sequential. وهنا يتم بداية توضيح فيما إذا كانت هناك أمراض نفسية مهمة (على سبيل المثال من خلال المقابلة الإكلينيكية المبنية للمحور الأول من الاضطرابات)، قبل تقييم الأعراض على أنها علامات لاضطرابات الشخصية.

2- على المرء أن يولي اهتماماً خاصاً لمدة الأعراض: فالأطوار من الشكل الهوسي تستمر لعدة أيام (وهذا ينطبق أيضاً على الأعراض المختلطة) ولها بداية واضحة ونهاية

محددة، في حين أن المزاج في اضطرابات الشخصية الحدودية يتأرجح من يوم لآخر أو حتى من ساعة لأخرى. بالإضافة إلى ذلك يبدو المزاج في اضطرابات الشخصية الحدودية أكثر تفاعلية (ارتكاسية Reactive) بشكل واضح وأكثر ارتباطاً بالموقف ولا يتأرجح بشكل أساسي بين الاكتئاب والغبطة.

3- غالباً ما يكون من المفيد الانتباه إلى الدلائل على نوع من الخصوصية للأعراض: ففي اضطرابات الشخصية الحدودية تغيب الأعراض الهوسية النمطية من نحو مستوى النشاط المرتفع باستمرار أو الليبدو المتزايد أو الحاجة المنخفضة للنوم؛ وبالعكس فإن أنماط السلوك شبه الانتحارية Para suicide ليست مميزة للاضطرابات ثنائية القطب.

4- ينبغي إعطاء التشخيص اضطراب الشخصية الحدودي بالإضافة إلى اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب دوري فقط عندما تكون الأعراض موجودة بشكل حاسم definitive منذ سن الرشد المبكر وليس بشكل حصري في إطار الطور الهوسي المعتدل أو الهوسي أو الاكتئابي (قارن Meyer & Hautzinger, 2004)

وتوضح هذه المظاهر بأنه ينبغي إلا يتم اتخاذ الأحكام التشخيصية المطابقة من دون فحص تشخيصي تفريقي واف وهذا يحتاج إلى أداة ملائمة. ويصبح تشخيص اضطراب من الشكل الهوسي وفي النهاية اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب وجداني فصامي أصدق عندما يتم بالإضافة إلى استخدام النتيجة الراهنة المعلومات التاريخ حياتية. وفي هذا السياق بشكل خاص فإن المعلومات التي نحصل عليها من شخص ثالث كأفراد الأسرة أو الشريك على سبيل المثال ذات أهمية كبيرة بالنسبة للتشخيص التفريقي.

3- التشخيص القائم على التعديل

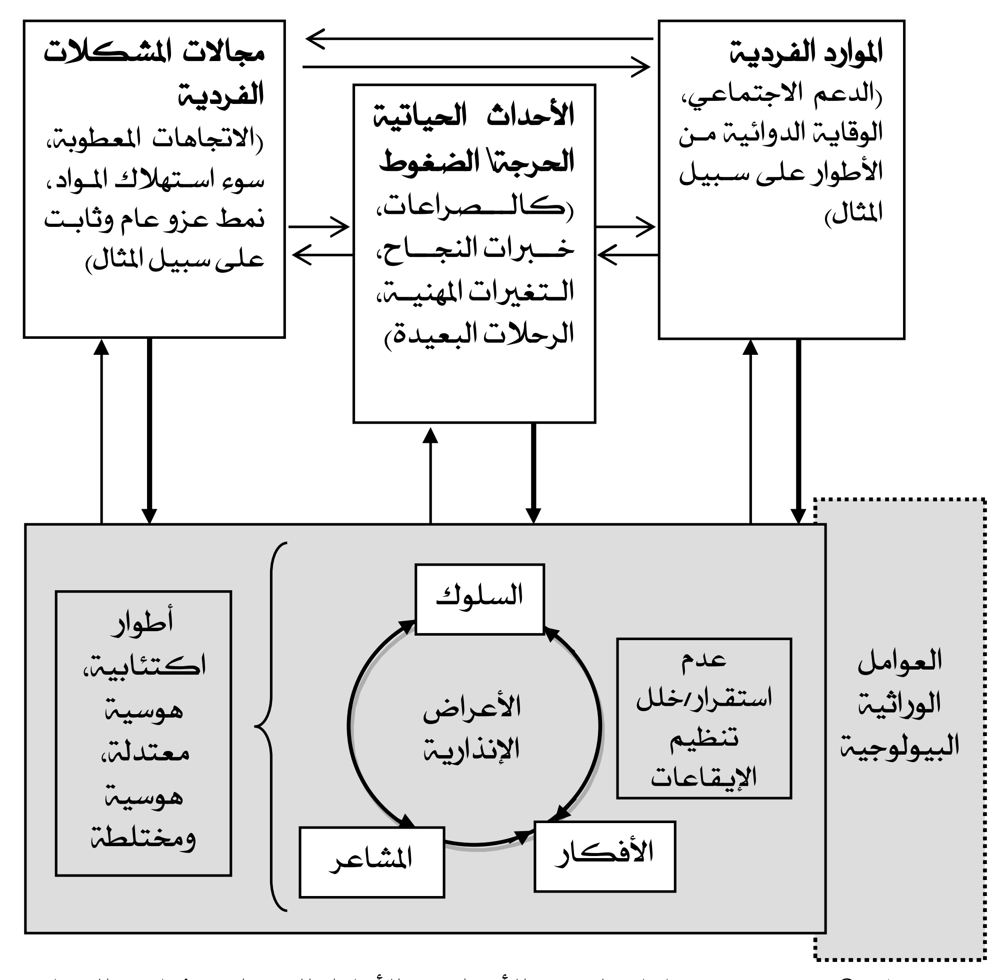
3.1 نماذج تفسير كأساس للتشخيص القائم على التعديل

على الرغم من إمكانية أن يكون للنموذج القطبي للأعراض ثنائية القطب مبرراته لأن الأعراض هوسية الشكل والاكتئابية تتأثر إلى حد ما بعوامل مختلفة فإنه من النادر حتى الآن أن يتم النظر للهوس المعتدل والهوس كاضطراب بحد ذاته. لهذا فإن بناء النموذج يقوم في الغالب على الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب.

فإذا ما نظرنا للمراجع حول الاضطرابات الوجدانية القطبية فإنه سوف ينتهي بشكل ما إلى فإنه سوف ينتهي بشكل ما إلى عدم استقرار العمليات البيولوجية "كاضطراب جوهري Kernel Disorder".

ويقدم الشكل (2) نموذجاً تكاملياً مطابقاً لمنشأ الأعراض الوجدانية ثنائية القطب والذي يمكن النظر إليه على أنه نموذج توجه للتشخيص النفسي الإكلينيكي أيضاً. وتعد العوامل البيولوجية-الوراثية بشكل خاص السبب للقابلية السهلة للاضطراب أو عدم استقرار الإيقاعات البيولوجية. لهذا فإنه ينصح باستمرار في إطار تاريخ المرض توضيح الخلفية الأسرية. وكلما كانت علامات التكرار الأسري للاضطرابات الوجدانية أكثر وضوحاً، أي كلما وجدنا في الأسرة "حالات" أكثر، كان المجرى في الغالب أصعب.وليس لكل المرضى باضطرابات ثنائية القطب أقارب من الدرجة الأولى يعانون من الاضطراب نفسه، ومع ذلك غالباً ما نجد في المحيط الأوسع، كالعمات أو الخالات أو أولاد الأعمام...الخ دلائل على الاكتئاب أو الانتحار أو محاولاته.

وعندما يتعلق الأمر بالعوامل المثيرة للطور الاكتئابي الهوسي فهناك عدد من النماذج المختلفة التي تقدم مبادئ مختلفة للتوضيح التشخيصي. فمن منظور "الأحداث الحياتية الحرجة" يركز نموذج "المؤشر الزمني الاجتماعي [العقرب الاجتماعي] social pointer لإيلرز ومجموعته (1988على تلك المواقف التي تقود إلى اضطراب أو قطع إيقاع النوم-



شكل (2): نموذج تكاملي لنشوء الأعراض والأطوار الوجدانية ثنائية القطب (بالاستناد إلى ماير وهاوتسنغر، 2004)

اليقظة، لأنه ينظر لهذا الاضطراب في إيقاع النوم اليقظة على أنه الوسيط بين الإرهاق من جانب وبين ظهور الأعراض على الجانب الآخر. ومن الأمثلة على هذه الأحداث الحياتية المرهقة أو التغيرات في الحياة اليومية العمل في ورديات أو الطيران عبر الأطلسي. ويعني هذا بشكل ملموس بالنسبة للتشخيص النفسي الإكلينيكي بأنه

على المرء في الحالة الفردية الانتباه بشكل خاص إلى مثل تلك الإرهاقات والظروف كمثيرات ممكنة للأطوار الوجدانية، التي تقود لاضطرابات أو انقطاعات إيقاع النوم. ومن المهم هنا أن العوامل الاجتماعية (ما يسمى بمؤشر الوقت الاجتماعي) يمكن أن تقود لاضطرابات في الإيقاع. وقد حظيت تلك التصورات بالدعم من خلال دراسة مالكوف شفارتس وآخرين (Malkof-Schwarz et al., 1999) من ناحية أن الإرهاقات التي تسبب اضطرابات في "الإيقاع الاجتماعي" (وبهذا إيقاع النوم-اليقظة) على ما يبدو- هي وحدها التي ترفع من خطر ظهور الأعراض الهوسية. كما تؤيد النتيجة المتمثلة في أن الأطوار الوجدانية تلاحظ بعد الولادة Post Partum ليس لدى الأمهات اللواتي لديهن اضطرابات وجدانية ثنائية القطب فحسب وإنما تظهر لدى الآباء بتكرار مساو، إن مثل هذه الآلية قد تكون مهمة (Davenport & Adland, 1982).

ففي عوامل من نحو العمل في ورديات أو الطيران عبر الأطلسي أو وجود رضيع في الأسرة لا يستبعد ظهور اضطراب إيقاع النوم واليقظة. وعند وجود صراعات مع الآخرين (في العلاقة الزوجية على سبيل المثال) أو مشكلات تشغل بال الإنسان باستمرار يمكن أن تحصل اضطرابات من خلال ارتفاع مستوى الاستثارة أو من خلال ألا يعود الإنسان قادراً على الاسترخاء. ومن المضامين المباشرة لهذا النموذج في إطار التشخيص القريب من السلوك (من خلال مذكرات يومية للمزاج على سبيل المثال؛ قارن ماير وهاوتسنغر، 2004) القيام وإلى جانب التوثيق اليومي للمزاج بتسجيل أوقات النوم أيضاً: متى يذهب الشخص للسرير؟ متى ينعس؟ متى يستيقظ؟ كم من الساعات ينام الشخص ذاتياً ؟ (قارن الفصل 29 في الجزء الثاني من التشخيص النفسي -2). ويمكن للتغيرات في هذه المؤشرات أن توفر أولى الدلائل على الأعراض الاكتئابية، وكذلك بشكل خاص على الأعراض الهوسية الشكل. ويمثل مقياس الإيقاع الاجتماعي Social Rhythm Metric (Monk et al., 1990; German Meyer & Hautzinger, 2004) أداة تتيح تقييم هذه المظاهر بشكل مبني ومعير.

وفي سياق نموذج ديبو ولاكون (1989) يعد العامل الحاسم لجعل الشخص مستعدا لتطوير أعراض من الطيف الوجداني ثنائي القطب هو سوء تنظيم أو عدم استقرار منظومة التنشيط السلوكي Behavioral Activation System اختصار (BAS). وتعزى لمنظومة التنشيط السلوكي وظيفة دافعية حيث يفترض أن تنشط كل المثيرات ذات الطبيعية المعززة أو المكافئة منظومة التنشيط السلوكي ومن ثم تنشأ من خلال ذلك تأثيرات إيجابية (Depue & Lacono,1989; Depue & Zald,1993). ويفترض أن ترتفع قابلية منظومة التنشيط السلوكي للاستجابة العالية مع تزايد الدافع المترافق مع نشاط حركي المرتفع وحساسية عالية تجاه مثيرات محددة وبحث المتزايد للتغيير والإثارة والمتعة. وبالقياس يفترض للقابلية المنخفضة للاستجابة والتنشيط المنخفض لمنظومة التنشيط السلوكي أن يترافق على سبيل المثال مع مستوى منخفض من الطاقة والدافع وعدم الرغبة أو عدم المتعة والمزاج المنخفض، بحيث يمكن اعتبار الأعراض الهوسية والاكتئابية درجات أو حالا ت متطرفة لمنظومة التنشيط السلوكي. وقد أكدت أولى الدراسات التي أجراها بارور وآخرين (1991) أو جونسون وآخرين (2000) إمكانية أن تلعب الفروق في مستوى التنشيط دوراً مركزياً. وينظر هنا للاستعداد للاضطرابات ثنائية القطب على أنه من المحتمل أن يتكون من "عدم الاستقرار" أو "سوء التنظيم" الوراثي لمنظومة التنشيط السلوكي. وهنا يفترض أنه في العادة بعد تنشيط أو كف منظومة التنشيط السلوكي فإن العمليات التنظيمية الموجهة التي لابد وأن تقود إلى عودة مستوى التنشيط إلى مستوى الانطلاق المميز للشخص، لا تسير لدى الأشخاص من هذا الطيف بشكل ملائم. ولهذا فإنه من المهم بالنسبة للتشخيص النفسي الإكلينيكي الانتباه إلى الظروف التي تتضمن تغيرات في مستوى التنشيط وقد تستتبع توجيه منظومة التنشيط السلوكي في هذا أو ذاك الاتجاه (كالتأرجحات الموسمية في إرهاقات العمل، عدم النشاط الناجم عن المرض)

وكمثال نشير هنا إلى مواقف الامتحان على سبيل المثال. فخبرات النجاح والطمأنينة يمكنها في هذه الحال أن ترفع الاستعداد لاستثمار مزيد من الوقت في التعلم، والتعلم

أكثر وعمل استراحات أقل. ومن خلال هذا يمكن أن يحصل انزياح في مستوى التنشيط يأخذ أكثر فأكثر سمات هوسية الشكل، وذلك بأن تنزاح حالة المشاعر باطراد متزايد نحو مشاعر الغبطة - الإيجابية، وترتفع الثقة بالنفس وتتناقص ذاتياً الحاجة للنوم. وكما استطاع جونسون وآخرون (2000) أن يؤكدوا بوضوح فإن الخبرات الإيجابية بحد ذاتها ليست هي التي ترفع الخطر لأن يصبح الإنسان هوسياً، وإنما المواقف المرتبطة بتحقيق الهدف وخبرات النجاح الشخصية. فالأمر يتعلق في التشخيص إذاً بتقصي مثل هذه المواقف الممكنة (على سبيل المثال المسابقات، عمل جديد، الترقية، بناء بيت). إلا أن هذا لا يعني بأن المواقف السلبية المميزة ليس لها أهمية في استثارة الأعراض الهوسية المعتدلة أو الهوسية. وكمثال نشير هنا إلى حالة العامل الذي لم يستجب بالاكتئاب على موقف مهدد بأن يصبح عاطلاً عن العمل نتيجة لظروف المعمل، وإنما أصبح نشطاً بصورة متطرفة (على سبيل المثال التخطيط لإضراب تحذيري وتنفيذه وتوزيع المناشير) إلى أن انقلب المزاج من الغبطي إلى العدواني المستثار. وفي حالة أخرى قادت التحضيرات اللازمة الناشئة في سياق حادث وفاة (كاختيار النعوة، وإعلانها ومراسم الدفن) باطراد إلى نشوة نشاط مع عدم استقرار متطرف ظهرت في النهاية في الظهور الصاخب والضحك العالي والغناء في أثناء الدفن.

ويقدم استخدام طريقة مخطط الحياة Life chart Method (مثال Denicoff et al.,2000; Maeyer & Hautzinger,2004) والتي يمكن من خلالها توثيق المجرى الدقيق للأعراض على محور الزمن والإرهاقات بشكل استرجاعي وتنبؤي (على سبيل المثال سفرات العمل، وأعياد الميلاد، ومشكلات الزواج، والغياب المتزايد عن العمل)، مساعدة كبيرة هنا. إذ يمكن لبناء مخطط الحياة Life chart أن يساعد على تحديد الأنماط المميزة للظروف، التي تسبق مرحلة الطور الوجداني. والأمر الحاسم هنا هو عدم أخذ الإطار الزمني المباشر قبل الهوس أو الاكتئاب بعين الاعتبار فحسب وإنما التراكم الممكن لأحداث وخبرات صغيرة مختلفة عبر الأشهر في الحالة الفردية.

وعند تحديد عوامل الخطر والعوامل الواقية لابد من الأخذ بعين الاعتبار الموارد الفردية ومجالات المشكلات الفردية على حد سواء. وكمثال على الموارد الفردية يمكن على سبيل المثال تقييم العلاقات الزوجية المستقرة والعلاقات التي توفر السند والدعم الاجتماعيين. وللدعم الاجتماعي تأثير تنبؤي مناسب هنا على مجرى الطور الاكتئابي بشكل خاص – ولكن ليس على الطور الهوسي– (Johnson et al.,1999). وبالعكس يرفع المحيط العدائي النقدي أو المتشابك انفعالياً بشدة (الانفعالات المعبر عنها Expressed Emotion) خطر الانتكاس (Miklowitz et al, 1988,1996). وبمجرد أن يعطي المعنيون موافقتهم فإن دمج الأقارب أو الشركاء في العملية التشخيصية يجيز إجراء تقدير موضوعي لهذه المظاهر، لأن البيانات الذاتية للمريض يمكن أن تتأرجح بشدة ارتباطاً بالأعراض الراهنة. وعليه يمكن مثلاً في الحالات هوسية الشكل تفسير الدعم الاجتماعي من شخص ثالث (للأفكار أو المخططات الجديدة) ذاتياً على أنه كبير جداً، إلا أنه عند أبسط إمارات النقد من خلال هذا الشخص يمكن أن تنعكس إلى شك وعدوانية. وحتى لو لم يستطع المرء تطبيق مقابلة كامبرويل الأسرية Camberwell Family Interview من أجل تقييم الانفعالات العالية النوعية غالباً ما يمكن في الغالب من خلال الجلسة مع الزوجين أو الجلسة الفردية مع الأقارب الحصول على تقدير للجو الانفعالي والتواصل بين المشاركين (مثال ذلك: هل يتحدث المعني على الرغم من وجود الشخص الثالث؟ هل يتم تفسير الأعراض بشكل خطأ على أنها من صفات الطبع؟ هل يتم التعبير عن كثير من الاتهامات؟). وهناك مظهر آخر يتمثل في التعامل مع الليثيوم[1] Lithium أو أدوية أخرى مثبتة للمزاج، إذا كان الأمر يتعلق باضطراب ثنائي القطب مشخص. وفي هذا السياق لابد من توضيح فيما إذا حصل تغير في المداواة ومتى وضمن أية ظروف (الجرعة، المادة)، وفيما إذا كانت هناك محاولات ذاتية أو

(1) الليثيوم عنصر كيميائي فضي مائل للبياض يستخدم كدواء في علاج الحالات الهوسية.

رغبات في التوقف عن الدواء. ويلاءم هنا كذلك استخدام طريقة مخطط الحياة التي ذكرناها من أجل التصرف بشكل منهجي.

وعلى المرء أن ينتبه إلى ما يلي: لا تتحدد الرغبة بالتوقف عن تناول الدواء دون موافقة الأطباء أو المعالجين في غالبية الحالات بشكل أساسي من خلال غياب الشعور العالي أو الغبطة، وإنما بسبب تضمينات implication تناول الدواء بالنسبة للذات، التي تشكك بالمطاوعة في الدواء، أي التفكير المستمر أو التذكر بأن المرء يعاني من مرض مزمن والتمسك بالتصور بأن الأدوية تسيطر على المشاعر الخاصة (Pope & Scott, 2003).

وهناك مظهر آخر ينبغي توضيحه في كل الأحوال في إطار التشخيص النفسي الإكلينيكي، يتمثل في دور العوامل الاستعرافية. فعلى عكس الفرضيات الماضية تلعب الاتجاهات المعطوبة (الوظيفية المختلة) وعمليات العزو دوراً أيضاً في ظهور الأعراض الهوسية الشكل. وكما يظهر من الشكل (2) يحصل هنا تفاعل مع الإرهاقات بحيث تستثير خبرات محددة في الحالة الفردية قناعات غير منطقية أو عزو غير منطقي للأسباب (كتفسير النقد السيئ على أنه دليل على أن "الجميع يعمل ضدي" أو بأن "أنا فشلت على طول الخط"). وهذا يعني بأن الأسلوب الذي يعيش فيه المعنيون التغيرات المطابقة وإلى ماذا يرجعونها لا تؤثر على احتمال ظهور الأعراض الاكتئابية فحسب بل وعلى الأعراض الهوسية الشكل. ويبدو هنا أن نمط العزو العام والثابت للأحداث السلبية العامة والخاصة يسهل حصول الأعراض الهوسية المعتدلة والهوسية. واستناداً إلى النتيجة المذكورة سابقاً لجونسون وآخرين (2000)، والتي تقول أن الأحداث التي تتضمن تحقيق أهداف، تمتلك أهمية خاصة، يمكن لنا أن نتبع الفرض التالي: إن تلك الأحداث الإيجابية بشكل خاص التي يمكن للإنسان عزوها لشخصه ("داخلياً")، تحفز المزاج وربما نشوء الأعراض ذات الشكل الهوسي (على سبيل المثال Reilly-Harrington et al., 1999). وبغض النظر عن أهمية ظهور الأعراض الوجدانية تبدو

الاتجاهات المعطوبة (الوظيفية المختلة) وعزو الأسباب مهمة أيضاً إكلينيكياً-نفسياً من منظور الكيفية التي يمكن فيها لصورة الذات أن تتغير بعد طرح التشخيص "ثنائي القطب". ففجأة يتم النظر للخبرات الباكرة والتغيرات الراهنة في السلوك والإحساس من منظور إلى أي مدى تتطابق مع المعيار (السواء) أم تمثل علامات للمرض.وعليه يمكن أن تظهر قناعات معطوبة من نحو "أنا مقيد"، "لا أستطيع الاعتماد على منطقي"، "لابد وأن الجميع يعتقد بأني مجنون"، أو مخاوف من نحو "هل أنا الآن مريض ولا ألاحظ ذلك؟" فهنا يتعلق الأمر إذاً بالسؤال إلى أي مدى يعاش الاضطراب كمظهر شامل للسيرة الذاتية أم لا.

وبهذا فإن لهذه المجالات - الموارد الشخصية ومجالات المشكلات والأحداث الحياتية الحرجة/ الإرهاقات (الضغوطات)- تأثير على ظهور الأعراض الإنذارية، أي العلامات الأولى أو أعراض الإنذار للطور الهوسي. والمهم هنا أن تتجلى - كما هو معروف كفاية من مجال الاكتئاب- الأعراض الإنذارية الهوسية الشكل أيضاً على المستوى الاستعرافي والانفعالي على حد سواء أو السلوك ويمكنها أن تطلق حلقة مفرغة، يمكنها أن تستقر من دون تدخل مناسب في طور هوسي واضح. وكمثال على ذلك يمكن الإشارة إلى مريض يعاني من "التبدل السريع Rapid cycling Disorder" والذي استيقظ بعد مرحلة من الاكتئاب الخفيف، الطويل في أحد الأيام قبل رنين جرس المنبه في الساعة السادسة صباحاً. وهذه الواقعة وحقيقة أنه مازال الجو مظلماً في الخارج ويشعر مع ذلك بأنه قد نام كفاية، كانت بالنسبة له مثيرات للأفكار التالية: "لقد انتهى (=الاكتئاب)؛ وأخيراً أستطيع إنجاز كل شيء. علي التمسك بهذا، لأنجز كل شيء". فنهض عندئذ في الساعة السادسة إلا ربع وعمل في مكتبه في البيت. وبما أنه شعر بعد إنجاز بعض الأشياء بأنه نشيط ومنتج، تولى بالإضافة إلى ذلك مهمات أخرى، الأمر الذي حسن مزاجه أكثر. وفي المساء ذهب للنوم كما هو معتاد في الساعة الحادية عشرة ليلاً، إلا أنه لم يشعر بأنه نعسان بشكل فعلي. وكان هذا بالنسبة له مؤشراً كافياً

على أنه "قد تخلص من الاكتئاب، وكل شيء سيصبح بخير". وفي الصباح التالي تكرر كل شيء ونهض قبل رنين المنبه بقليل. ويتضح هنا كيف أن نمطاً معيناً من العزو لنوع من الاستيقاظ المبكر السهل قد حرك أولى التغيرات السلوكية. وتفاقمت هذه الحلقة المفرغة خلال أسبوعين إلى درجة أنه كاد أن يتم إدخاله للمستشفى. وسوف نعرض في الصفحات المقبلة مثال حالة.

3.2 مبادئ أساسية للتشخيص القائم على التعديل

قبل أن نتطرق فيما يلي للتشخيص القائم على التعديل، لابد من التأكيد على فرق بالمقارنة مع مجالات المشكلات النفسية الأخرى كالقلق والاكتئاب: فغالباً ما تواجهنا الحالات الهوسية الشكل في المستشفى في إطار العلاج المركزي أو بداية في مجرى العلاج. والسؤال الأول والأساسي هو دائماً إلى أي مدى تحقق صورة الحالة الراهنة للمعني محكات مرحلة الهوس الخفيف أو الهوس (قارن الفقرة 4) وإلى أي مدى لابد ربما من العلاج الدوائي الإضافي أو التدخل الطبي. فمن النادر نسبياً أن يحدث أن المرضى في حالات الهوس الخفيف أو حتى الهوس أن يحضروا باختيارهم للمرة الأولى من دون مرافقة (كالشريك على سبيل المثال) ويسألون العلاج. فإذا لم يكن التركيز متمحوراً حول علاج الأعراض الاكتئابية الراهنة في إطار الاضطرابات ثنائية القطب، فيكون التدخل بشكل أساسي في الوقاية من الانتكاس (Meyer & Hautzinger,2004). وبهذا تتم محاولة، وبناء على مجرى الاضطراب حتى الآن، عمل نموذج العوامل المفترض بالنسبة للظهور الممكن للأعراض الهوسية (أو الاكتئابية) بشكل فردي. ويشكل نموذج العوامل هذا الأساس بالنسبة إلى التخطيط للإجراءات العلاجية المناسبة التي تهدف إلى:

أ - تثبيت الحالة المتحسنة إلى حد ما في الوقت الراهن أو الخالية من الأعراض.

ب- وإلى بناء مهارات إضافية تقي من الانقلاب الممكن إلى حالة هوسية.

مثال حالة

يبلغ السيد حاتم 38 سنة من العمر، غير متزوج، يعاني من اضطراب ثنائي القطب I: راجع العيادة بناء على نصيحة طبيبه المعالج بعد إقامة جديدة في المستشفى.

فبعد فترة طويلة من البطالة عن العمل حصل على مقعد تأهيل في شركة كبرى في الخدمة خارج المكتب، إلا أنه من خلال الإرهاق (الضغط) عاد بعد سنتين من الامتناع لتناول الكحول. وبالتوازي مع هذا ظهرت – من المنظور الاسترجاعي– أيضاً أعراض هوسية الشكل مع حاجة متزايد للحديث وقلة النوم والدافعية المتزايدة. إلا أنه نفسه وصف مزاجه بأنه "ليس غبطياً"، وإنما اكتئابياً–مهتاجاً"، وهو ما تم أخذه أيضاً من تقرير المستشفى. ذكر السيد حاتم أنه بعد تخريجه مازال يعاني بين الحين والآخر من نوبات اكتئابية مع أفكار انتحار. والشيء الوحيد الذي مازال مهماً له كانت صديقته. وعندما تم سؤاله عن أهدافه العلاجية أجاب السيد حاتم أنه عليه أن يتعلم التعامل مع تأرجحات مزاجه، حيث أن لديه "طبيعة اكتئابية–هوسية". وقال أنه لم يعد يعرف في هذه الأثناء من هو بالفعل. فقد اعتقد أنه قد تجاوز الهوس ذلك أنه لم يمر في السنوات الأخيرة بأي مرحلة جديدة. وقد رأى في الكحول أنه أقرب للعرض المعروف لديه من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، بسبب الليثيوم الذي يتناوله منذ سنوات. وعلى الرغم من أنه شكا في الجلسة من مزاج أساسي مكتئب، والذي يترافق في بعض الأحيان مع أفكار انتحار غير اندفاعية، إلا أن هذا لم يتضح في التفاعل،وقد بدا مظهره أقرب إلى المضبوط جداً. وعلى الرغم من أنه ذكر وجود مشاعر ومواقف مرهقة إلا أن الانطباع الذي وصل للخارج بشكل غير لفظي بأنه متحكم بكل شيء.

وما يحتاجه الوضع الراهن، هو توضيح الانتحارية حتى قبل توضيح التشخيص – كما هو الحال لدى كثير من المرضى باضطرابات وجدانية قطبية، الذين يذكرون أعراضاً اكتئابية أو مختلطة–. وقد تم بداية عبر الحالة المنعكسة[1] سواء من خلال عوامل الخطر النمطية (أنظر

---

(1) المقصود هنا الحالة التي ظهرت في الاختبارات المستخدمة.

ماير وهاوتسنغر، 2000) أم من خلال بند الانتحارية في مقياس بيك للاكتئاب وبند مقياس اليأس بقيمة "تائية" تبلغ 65، تحديد خطر الانتحار بدقة والتدخل المناسب. وعلى SCID-I ظهر التشخيص "ثنائي القطب I" مع سمات ذهانية (هذيان العظمة" وتعلق شاف جزئياً بالكحول).

وعلى الرغم من أن السيد حاتم قد قيم الكحولية بشكل أساسي على أنها عرض للهوس، ظهر في المقابلة بناء على إعادة التصميم الزمني، بأنه لا يمكن النظر للاستهلاك المرتفع للكحول على أنه مجرد جزء من العرض الهوسي، وإنما يمثل عرضاً مختلطاً. وعلى الرغم من أن المريض لم يحقق في SCID-I محكات الطور الوجداني الراهن، كانت قيم مقياس بيك للاكتئاب 21 وكان مقدار المجرى عبر المقياس العام للاكتئاب (Hautzinger & Bailer,1993) البالغ 26 درجة واقعاً في المجال المهم إكلينيكياً. وتم تأكيد هذا في تقويم الآخر من خلال BRMSبقيمة بلغت 16. أما فيما يتعلق بالأعراض الهوسية الشكل فلم يظهر لا في تقويم الذات من خلال MSS وADMS ولا من خلال التقويم الخارجي من خلال YMRS قيماً عالية باستثناء ارتفاع عدم الهدوء والقابلية للاستثارة.

ولم يظهر التاريخ المرضي الأسري وجود اضطرابات وجدانية في المحيط المباشر، ولكن كانت هناك حالات اكتئابية لدى الأقارب من الدرجة الثانية. وبالنظر لمثيرات الأطوار الوجدانية ظهرت بالنسبة للأطوار الاكتئابية الباكرة مواقف متكررة مترافقة مع الفشل وأفكار الإخفاق (على سبيل المثال مراحل البطالة، الامتحانات التي تم الرسوب فيها، انفصال علاقة زوجية) من جهة، ومن جهة أخرى هوس سابق. وهذا يعني أنه ظهر لديه تجمع للأطوار clustering of Episodes، حل الهوس فيها بانتظام محل الاكتئاب، ولكن أيضاً انهيارات اكتئابية أضيفت إلى ذلك في سياق المواقف النوعية. والانتكاسات فيما يتعلق بالكحول كانت مثيراً خاصاً أضيف مؤخراً لحالات الانزعاج (حالات المزاج العكر)dysphoria. غير أنه في النهاية سيطرت هنا أيضاً أفكار الفشل والإخفاق المذكورة سابقاً (=مختلة الوظيفة dysfunctional [معطوبة]). أما فيما يتعلق بالكحولية فتبدو بناء على الظهور المتوافق زمنياً مع الأعراض الوجدانية، مهمة من ناحية تقييم الكحولية كعامل خطر

للانتكاس الوجداني واعتبارها كذلك كأمزجة عدم ارتياح والأعراض الهوسية المعتدلة مع ما يترافق معها من مبالغة في تقدير الذات كمواقف خطر للشرب. أما بالنسبة لموضوع الكحول فقد تم عمل تصويرة SORCK، وهو ما لن نتطرق إليه هنا بشكل تفصيلي.

وفيما يتعلق بظهور الحالات الهوسية الشكل فقد ظهر أن المثيرات النمطية كانت مواقف من نحو اجتياز امتحان، أو الدعوة لمقابلة عمل أو البدء بعمل جديد. كما ظهر في تحليل مخطط الحياة (ماير وهاوتسنغر، 2004) بأن الأعراض الهوسية الشكل تظهر دائماً في مواقف مشابهة، عمل فيها بشكل أكبر وفكر فيها: "بأنه قادر على الإثبات للجميع". وظهر أن مؤشر مخاوف الفشل والإخفاق عبارة عن قناعة تتمثل في أنه "لايوجد غير: إما رابح أو خاسر فقط" (=الخطة العليا)، حيث رأى كل نجاح ذاتي بادي كدليل على هذا أو ذاك، الأمر الذي أثر على مزاجه ودافعه بصورة مطابقة. وعلى الرغم من أنه لم يكن دائماً هو الحال، ظهرت لدى السيد حاتم أول طور مختلط، قاد إلى دخوله إلى المستشفى، خليط من الظروف المثيرة، التي كانت منفردة بحد ذاتها تسبق مراحله الاكتئابية أو الهوسية: الوظيفة الجديدة تحت التجريب (مقعد التأهيل)، مخاوف الفشل، الصراعات مع الصديقة بسبب الغياب المتكرر عن البيت المرتبط بالعمل والكحولية بين الحين والآخر في محيط الزملاء الجدد.

وقد ظهرت المواضيع التي برزت بشكل إضافي حول استهلاك الكحول كمجالات مشكلة فردية في الفحص النفسي السيكومتريثانية: فقد كانت القيمة على مقياس "الاتجاهات المختلة" (DAS, Hautzinger et al., 2005) مرتفعة بوضوح حيث بلغت 136 درجة. كما ظهر في مقياس مفهوم المرض للبندن وناثر وويلمز (1988) بأن توقعات السيد حاتم كانت أقرب للسلبية. فقد أقر من جهة أنه المذنب في كل شيء ولكن من ناحية أخرى ترسخ أيضاً اتجاه مفاده أن حدث المرض عبارة عن صدفة. كما ظهر ما يشبه ذلك في KKG (Lohaus & Schmitt,1989) وجود قناعات ضبط داخلية أقرب للضئيلة فيما يتعلق بالصحة والمرض (ت=40) بالمقارنة مع خارجانية externality واضحة جداً فيما يتعلق بعوامل "الآخر المهم" (ت=70) و"الصدفة" (ت=70).

كموارد ظهر من بين أمور أخرى المحيط الاجتماعي والأسري، الذي يدعم المريض، ولكنه تركه باستقلاليته (على سبيل المثال لم يتدخل في جوه الخاص؛ لم يراقب تناوله الدواء). وكان له صديقين حميمين، يمكنه الحديث معهما عن كل شيء. أما فيما يتعلق بعلاقته الحميمة بالجنس الآخر، فقد كانت علاقة مستقرة إلى حد ما، إلا أن الفروق في العمر بين الطرفين والبالغة 15 سنة قد قادت دائماً لمشكلات بين الحين والآخر. كان الاضطراب ثنائي القطب معروفاً لدى السيد حاتم منذ سبع سنوات ومنذ ذلك الحين تناول الليثيوم. وذكر أنه لم يشعر بالتأثيرات الجانبية إلا فيما ندر وقد نسي تناول جرعة بين الحين والآخر. وقد ظهرت مطاوعته العالية مقارنة بالآخرين من خلال التحليل المخبري لمقدار الليثيوم في السنتين الأخيرتين أيضاً، والتي تراوحت دائماً بين 0.75 و0.81mmol/l. وعلى الرغم من القدرية fatalism التي ظهرت فيما يتعلق بالاضطراب الهوسي الاكتئابي فقد قام ببعض الأمور للتعامل مع مرضه. وبغض النظر عن التناول المسؤول جداً للدواء حاول السيد حاتم باستمرار تحقيق التوازن في الموقف المشحونة بالإرهاق (كلعب التنس والسباحة والاسترخاء الذاتي على سبيل المثال)، وهو ما أمكن استخدامه كموارد ممكنة في العلاج وبناؤه.

في وقت التشخيص سيطرت الأعراض الاكتئابية (من دون كحولية حادة)، وهو السبب الذي قاد إلى مراعاة المظاهر النمطية، المهمة في إطار التشخيص الوظيفي للاكتئاب أيضاً، على سبيل المثال المجرى النمطي لليوم (كالنهوض المتأخر، "قتل الوقت"). وتم تقييم النشاطات الممكنة المرغوبة على خلفية، أن "يذهب الناس العاديون للعمل ولا يتسكعون (كالسباحة على سبيل المثال)"، بشكل سلبي. كما اتضحت هنا أيضاً ثانية الأفكار المعطوبة بشدة، التي استثيرت من خلال أصغر المثيرات (كإلغاء موعد قبل وقت قصير على سبيل المثال) ويمكن أن تتصاعد إلى أفكار الانتحار ("لا فائدة من كل شيء"، "من أجل أي شيء علي الحياة"؟، "لقد فشلت طوال حياتي"). وقد قاد الوعي المتزايد بالقصور الذاتي الناجم عن هذه الحلقة المفرغة إلى أنه لم يعد يفعل الكثير وإلى الانسحاب من الآخرين. إلا أنه نحو الخارج أظهر نفسه للشخص الثالث على أنه واثق من نفسه والشخص القوي والمتحكم بكل شيء. ويبدو أنه من الصعب عليه في الوقت الراهن الحديث مع الآخرين (كالأصدقاء على

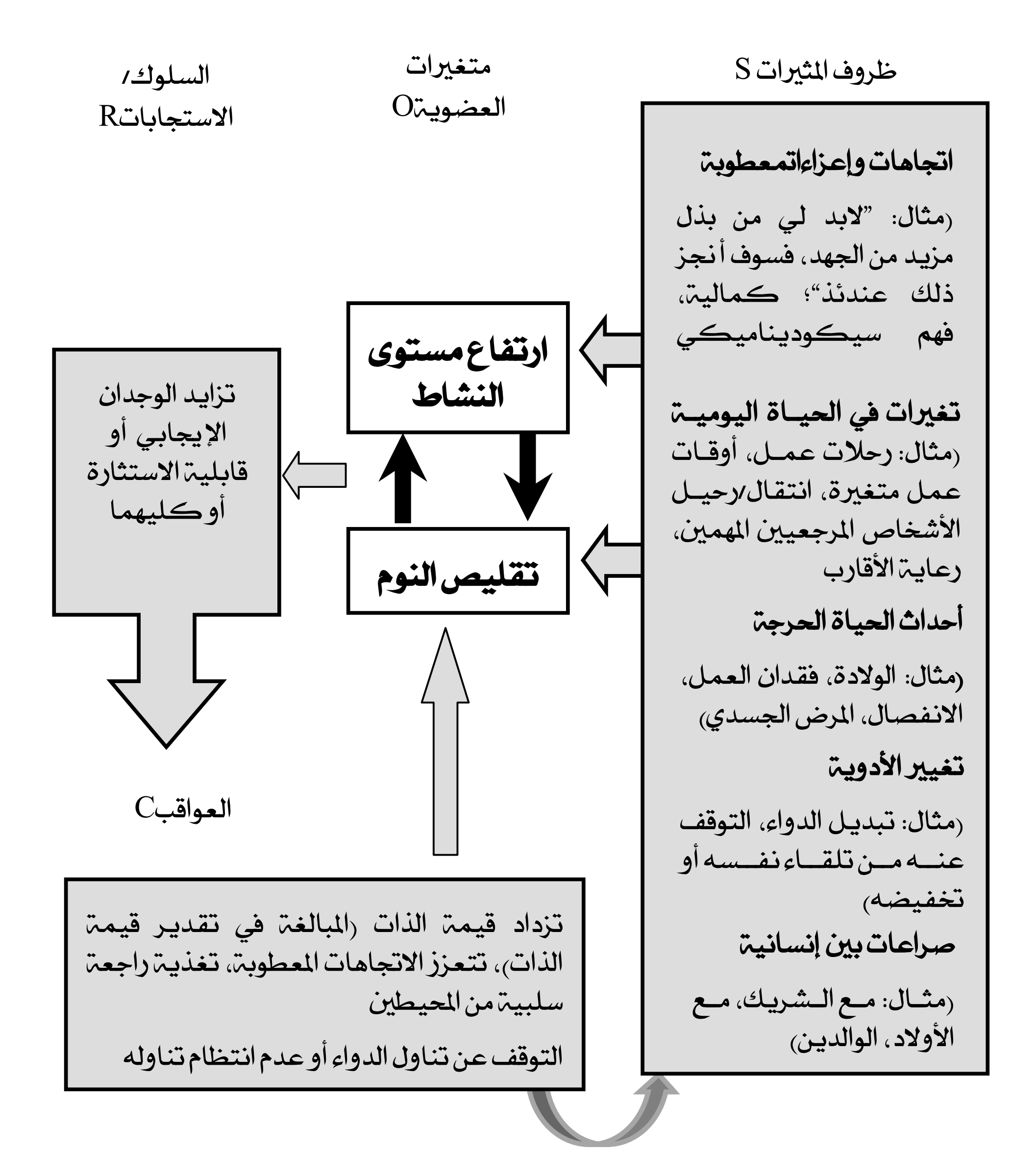
سبيل المثال) حول المشاعر المزعجة ونقاط الضعف. وقد بدا بأن التباعد بين صورة الذاتوتقدميه لنفسه نحو الخارج يسهل من ناحيته ظهور الانزعاج والأعراض الهوسية المعتدلة.

وفي إطار العلاج لابد بداية من عمل نموذج اضطراب تكاملي، ينظر فيه للمرض الوجداني ثنائي القطب وإشكالية الكحول على أنهما على نفس الدرجة من القيمة، ويتداخلان ببعضهما، ومع ذلك النظر إليهما بشكل مستقل (تربية نفسية). وفيما يتعلق باكتئابيته الراهنة تم عمل تصميم لليوم يدور حول الاستخدام الهادف للأنشطة المحبوبة، والتعامل مع الاستعرافات المعطوبة أيضاً. وبسبب الاضطراب ثنائي القطب احتل هنا مركز الصدارة باستمرار بناء التوازن بين النشاط والراحة، من أجل الوقاية من الانقلاب إلى الحالات الهوسية الشكل. وبعد انطفاء الاكتئابية احتل تحليل الانتكاس بالنسبة للكحول والأطوار الهوسية الاكتئابية مركز الصدارة، أي تحديد أعراض الإنذار والتعامل معها. وإلى جانب التعامل مع أعراض الإنذار لابد بالطبع من الاهتمام أيضاً بالظروف المثيرة. وفي حالته الملموسة يعني هذا العمل على إعادة البناء الاستعرافي بشكل خاص، كي يتم استبدال الخطة العليا" "لا يوجد سوى رابح أو خاسر" بقناعات ملائمة (كاختبار الواقع، تهديم التفكير الثنائي على سبيل المثال). بالإضافة إلى هذا كان من المهم بناء توقعات الكفاءة الذاتية فيما يتعلق بمواجهة المشكلات الخاصة. وكان المظهر المركزي هنا ترسيخ التصور بأنه "إنسان هوسي اكتئابي". وهذا يعني أن يتقبل المرض كجزء من شخصه ولكن في الوقت نفسه التمييز بين التشخيص "ثنائي القطب" وطبيعته الخاصة. وهذا يعني بصورة ملموسة على سبيل المثال تعلم التمييز بين التأرجحات السوية للمزاج والأعراض الوجدانية (قارن Meyer & Hautzinger,2004).

ومن أجل الحصول أسس للإجراءات العلاجية أو الواقية من الانتكاس للحالات من الشكل الهوسي يبدو أنه من المهم تدقيق نموذج الظروف، والذي يتم فيه تحديد المتغيرات والمجالات المهمة. ويعرض الشكل (3) لمثل هذا النموذج، الذي يفيد

هنا كمرشد في التشخيص القائم على التعديل. والفرضية الأساسية وبناء على نموذج الإرهاق - الاستعداد (قارن الفقرة 3)، هي أن المشكلة الأساسية للأعراض الهوسية (O) ليست في تغير المزاج وإنما في تغير مستوى النشاط أو تقليل النوم أو كليهما. فلدى بعض المرضى الهوسيين لابد بداية من ملاحظة الانزياح في إيقاع النوم واليقظة، ولدى البعض الآخر التغير في مستوى النشاط أو تزايد الاهتمامات ومستوى الطاقة. وكلا المظهرين يمكنهما أن يعززا بعضهما معاً ويقودان إلى استجابات محددة أو أنماط سلوك (R): أولاً يحتل هنا التغير في المزاج باتجاه الغبطة (والاستثارة أحياناً) مركز الصدارة. وغالباً ما تكون العواقب التي ينبغي ملاحظتها (C) هي التي تحرك الحلقة المفرغة وتحافظ على استمراريتها:

- تزداد قيمة الذات
- تتراجع ضرورة التناول المنتظم للدواء إلى الخلفية
- يستجيب المحيط (الشريك، الأسرة، الزملاء، الطبيب على سبيل المثال) بالقلق أو النقد وتتعزز الاتجاهات المعطوبة ("أنا أسيطر على كل شيء"، "لا يحب الآخرون لي أن أكون في هذا الوقت منتجاً وخلاقاً" على سبيل المثال).



شكل (3) نموذج موجه حول الشروط في منشأ الأعراض الهوسية والهوسية المعتدلة.

وتوضح وصلة التعشيق بالظروف المثيرة كيف يمكن للنتائج أن تأزم الموقف من جهتها، بأن يتزايد على سبيل المثال احتمال الصراع أو تتعزز الاتجاهات المعطوبة. وفي الوقت نفسه يوجد وصلة تعشيق ثانية والتي لابد أيضاً من مراعاتها،تتمثل في أنه عند درجة معينة من الشدة للأعراض الهوسية تنشأ ديناميكية خاصة تجري إلى مدى كبير بشكل مستقل عن الظروف الخارجية. وهذا يوضح كيف يمكن للحالة الهوسية الشكل أن تتصاعد باضطراد متزايد عبر التنشيط (الحركي النفسي) المتزايد والنقص المتزايد في النوم، إلى أن يتم الوصول في النهاية إلى الطور الذهاني، الذي تسيطر فيه كأعراض هذيانات العظمة والزور والتفكير والسلوك غير المنتظمين (كالملابس متعددة الألوان أو القذرة أو الماكياج البشع).

وبالنظر للتدخلات الواقية من الانتكاس فمن البديهي أن تكون الظروف المثيرة (S) العامل الحاسم. وبما أننا من النادر جداً أن نتعرف على المريض في الحالات الهوسية أو نمتلك التقرير التشخيصي عنه في هذه الحالة، فإن الكثير من المعلومات تستند فيما يتعلق بالظروف المثيرة على تحليل الأطوار الهوسية والهوسية المعتدلة السابقة. فلدى المرضى بالاضطراب ثنائي القطب I يقدم التحليل الإضافي للمراحل الهوسية المعتدلة دلائل مكملة للمثير التفريقي (أي الظروف التي تخفض في هذه الحال من خطر الانقلاب إلى هوس شديد) ومهارات المواجهة المتوفرة. ويساعد هنا مخطط الحياة المذكور سابقاً. ولتقييم الاتجاهات المعطوبة والإعزاءات يمكن استخدام الأدوات التقويمية المستخدمة في سياقات أخرى من نحو مقياس الاتجاهات المعطوبة أواستبيان أنماط العزوأو مقياس مفهوم المرض. والأسئلة المهمة جداً هنا بالنسبة للمشخص، هي على سبيل المثال فيما إذا كان الطموح للإنجاز أو الاعتراف من الآخرين واضحاً جداً بشكل زائد، وفيما إذا كان نمط التفسير الداخلي-العام-الثابت (ومن ثم المعطوب) موجوداً بالنسبة للمواقف السلبية وكيف يفسر المعنيون المرض لأنفسهم. وبناء على خبراتنا فلا الفهم البيولوجي لوحده ولا الاجتماعي النفسي للمرض لوحده (ومن ثم

غالبية الفهم السيكودينامي أو الخاص[1] esoteric) قادر على التأثير بشكل إيجابي على علاج المرض والتعامل الذاتي معه. فمن أجل التقييم المستقبلي (على سبيل المثال أوقات العمل، أوقات النوم، انتظام تناول الأدوية..الخ) يمكن لمقياس الإيقاع الاجتماعي Social Rhythm Metric أن يكون مفيداً. فبالنسبة لكثير من الظروف المثيرة الممكنة يسري في هذا السياق أن لاتوجد أداة تشخيصية صادقة بشكل نوعي وإنما يمكنبناء نموذج الظروفمن خلال الاستعانة بكل مصادر المعلومات (كملفات المرض ورسائل الأطباء والأقارب)، ومن خلال الاستقصاء الهادف (كنوع ووقت تغيير الأدوية، وقت وشكل محاولات التوقف الذاتي عن تناول الأدوية)، ومن خلال استخدام مثل هذه البيانات وتسجيلها في مخطط الحياة في الحالة الفردية. وبما أننا في تحليل المجريات الهوسية غالباً ما نبني نموذج الظروف أيضاً وبشكل خاص على أساس الأطوار الماضية إلى حد ما يبدو أنه من المهم جمع المعلومات بشكل مستمر من المذكرات اليومية المبنية بالتوازي مع التدخلات، وتقييمها من أجل التمكن من ملائمة نموذج الظروف الفردي وتعديله.
وقد تم مرة أخرى تقديم عرض تلخيصي في المربع التالي لأهم مجالات المشكلات:

مجالات الأسئلة:

1- التغيرات في الحياة اليومية والروتين؟

كأوقات العمل، وتبديل العمل، الانتقال/ الرحيل عن أشخاص المحيط المرجعي المهمين، رحلات العمل الخاصة، الطيران عبر المناطق الزمنية، حفلات رأس السنة...الخ

2- الإرهاق (الضغط)، أحداث الحياة المرهقة أو الحرجة؟

كالزواج، الانفصال، الأمراض الجسدية، ولادة طفل، الحمل غير المرغوب، حوادث السير، الخسارة المالية المفاجئة، توقف العمل المتزايد (المرتبط بالمواسم)، التغذية الراجعة السلبية في الإنجاز، الكثير من المواعيد/ الواجبات الخاصة أو المهنية.

---

(1) مقتصر فهمه على فئة قليلة فقط.

3- التداوي؟

ما هي الأدوية التي تم تجريبها حتى الآن؟ الجرعات السابقة والتداوي الراهن؟ نسبة الأدوية في الدم؟ تغيير الأدوية/ الخبرة مع التغيير السابق للدواء؟ محاولات التوقف الذاتية؟ التجريب الذاتي للجرعات أو تقليلها؟

4- الاتجاهات المعطوبة (مختلة الوظيفة) ونمط العزو؟

مثال: "أستطيع السيطرة على مرضي حتى من دون دواء"، "كل شيء [=الاضطراب ثنائي القطب] مجرد حالة نفسية خالصة"، "إذا لم أقم بكل شيء بشكل صحيح وجديد جداً فأنا فاشل"، "لابد وأن أكون دائماً لطيفاً"، "يستطيع الإنسان عمل كل شيء إذا أراد".

5- الصراعات البين إنسانية؟

المشكلات في العلاقة الزوجية (كالخيانة الزوجية، المخاوف/ عدم الأمان في توقعات أطوار وجدانية جديدة، الشعور بالتحكم من قبل الأقارب)، مشكلات تربية مع الأولاد المراهقين، المنافسة بين زملاء العمل.

6- مستوى النشاط والنوم؟

كالمجرى اليومي المألوف، البرنامج الأسبوعي، أوقات العمل اليومية، عدد المشاريع أو المواعيد أو كليهما، نوعية الاتصالات الخاصة، تغيرات سلوك النوم (أوقات الذهاب للنوم، وقت النعاس، وقت الاستيقاظ، وقت النهوض، عدد الساعات التي نامها، الاستيقاظ الطبيعي)، التغيرات في الحاجة الذاتية للنوم.

7- المزاج؟

التقييم المنتظم لشدة الانفعال الإيجابي (والسلبي)، لشدة المزاج المستثار، للسلوك العدواني-الشكاك؟ هل للتغيرات في المزاج علاقة مباشرة مع المثيرات/ المواقف الملموسة أم مع التغيرات في مستوى النشاط أو النوم؟

وكمثال على النموذج المرسوم في الشكل (3) لمنشأ الأعراض الهوسية الشكل نذكر وضع طالب يبلغ من العمر 21 سنة بتشخيص "اضطراب ثنائي القطب II"، والذي انزلق للمرة الثالثة في حالة من الهوس المعتدل. وكدواء مثبت للمزاج وصف له الطبيب منذ ستة أشهر لاموتريغين[1] Lamotrigin، وهو مضاد تشنج anticonvulsant،

(1) لاموتريجين Lamotrigine : دواء من مشتقات الفنيل تريازين والاسم التجاري : لاميكتال Lamictal. يستخدم بشكل أساسي في معالجة الصرع الكبير والبؤري والحركي والرمعي العضلي [الصرع بحركات رقصية عضلية رمعية قصيرة في الكتفين والذراعين والتي يمكن أن تحدث بشكل مفرد أو عنقودي clusters. ويمكن أن تكون هذه الحركات ملحوظة أو مخاتلة بحيث يدركها المريض ولكن لا يشاهدها المراقب. تحدث هذه الاختلاجات بشكل واضح أثناء الصحو وهي لا تؤثر على الوعي] والحسي والصرع الصغير ورجفان عضلات إبهام القدم والشفة وعضلات اليد (إبهام أو سبابة ......) والارتجاجات العضلية المترافقة بفقدان الوعي وتأثيره يكمن في تعزيز وإطالة فترة الخمود في قنوات الصوديوم .

التداخلات الدوائية :

- لاموتريجين + (كاربامازيبين ، فينيتوئين ، فينوباربيتون ، بريميدون) يؤدي إلى تناقص 1/ t2 بالنسبة لمركب لاموتريجين إلى 15 ساعة .
- لاموتريجين + فالبروات الصوديوم يؤدي إلى نقص مستوى الفالبروات بنسبة 25٪ .
- لاموتريجين + كاربامازيبين يؤدي إلى زيادة استقلاب الكاربامازيبين حيث أن اللاموتريجين يعمل على زيادة معدل استقلاب الكاربامازيبين إلى 11 إيبوكسي كاربامازيبين ذي التأثيرات السمية .

الجرعة :

50 ملغ يومياً لمدة أسبوعين عن طريق الفم ثم تزداد الجرعة تدريجياً بمعدل 50 ملغ كل يومين لمدة أسبوعين ثم 100 ملغ كل أسبوع حتى الوصول إلى الجرعة القصوى 300–500 ملغ يومياً .

التأثيرات الجانبية :

دوار – رنح – رؤية مزدوجة (تشوش رؤية) غثيان وإقياء وتفاعلات تحسسيه : متلازمة ستيفن جونسون (وهي متلازمة تحسسية تتظاهر بـ :بقع وحطاطات حمامية متعددة الأشكال وتقرح الغشاء المخاطي لجوف الفم وتقرح الملتحمة في العين وتقرح الأغشية المخاطية في الجهاز التناسلي (ذكور وإناث). الأسباب : تحدث نتيجة تناول أحد الادوية التالية : السلفوناميدات والسلفونات والبنسيلينات ومركبات البيرازولون (نوفالجين – أنالجين) إضافة طبعاً إلى اللاموتريجين .

ويستخدم هذا الدواء كعلاج مساعد في أكثر من نوع من حالات الصرع للمرضى ذوي الأعمار سنتين فأكثر كما يستخدم لدى المرضى الذين يعانون من حالات تقلب المزاج ثنائي القطب كعلاج وقائي لتأخير حدوث حالات التغيرفي المزاج. لا يستخدم مع الحوامل لارتباطه بولادة أطفال ذوي الشفة الأرنبية.

يستخدم بشكل خاص للحماية ضد الانهيارات الاكتئابية التي تظهر شهرياً تقريباً بمتوسط مقداره خمسة حتى سبعة أيام. ومن أجل التدريب العملي في إحدى الشركات الكبرى الذي كان عليه أن يجريه في إطار دراسته انتقل لثلاثة أشهر إلى مدينة أخرى. وهذا يعني تغيراً في حياته اليومية،بدءاً من كونه لم يعد يستطع رؤية صديقته بانتظام وتقلص اتصاله بأصدقائه والساكنين معه على الهاتف والإيميل وانتهاءً بأنه عليه في كل يوم أن يكون في الثامنة والنصف صباحاً في المكتب (التغيرات في الحياة اليومية=Sextern). وبسبب وضع أنه حصل على فرصة التدريب بسبب علاقات والده، اعتقد ": علي أن أبذل الكثير من الجهد، كي أبرهن أني أستحق الفرصة التدريبية". يضاف إلى ذلك المخاوف بأن الانهيارات الاكتئابية التي تظهر بشكل منتظم سوف تدمر التدريب وقد يلحظ الجميع أنه مجرد فاشل في الواقع (قناعات معطوبة Sintern =dysfunctional)، مما قاد إلى أن عمل باستمرار إما في المكتب أو البيت لساعات إضافية متأخرة في الليل (مستوى النشاط=O). والواقع المتمثل في أنه قد حصل على فرصة التدريب وأنه عمل على عكس كل المخاوف بشكل جيد جداً واستطاع إنجاز الكثير، قاد إلى أن أصبح مزاجه أكثر ايجابية باطراد (R). فازداد وعيه بنفسه وبرهن أنه ما عليه سوى بذل الجهد ليبرهن للجميع بأنه جدير(C). وبالنتيجة فقد تناقصت ساعات نومه واكتفى ذاتياً بثلاث أو أربع ساعات من النوم، بالمقابل استثمر باستمرار الكثير من الوقت في العمل، بالإضافة إلى ذلك قدم لزميلاته الإناث هدايا صغيرة (كوردة بيضاء على سبيل المثال)، وهو ما كن يعتبرنه في البداية لفتة طيبة، إلا أنهن مع الوقت شعرن بأنه تطفل. وتحركت الحلقة المفرغة لأن الثقة بالنفس ارتفعت إلى فكرة بأنه ربما يكون قادراً حتى على قيادة القسم الذي يمارس فيه تدريبه (=أفكار عظمة). ولم تحصل أثناء المرحلة الهوسية المعتدلة أية صعوبات جدية في التدريب أو مع الآخرين، إلا أنه بعد حوالي ستة أسابيع انقلب المزاج إلى يأس مترافق بالشك بقيمة الذات ومشاعر الخجل ومشكلات الدافعية وأفكار الانتحار.

وعند بناء العلاقة مع المعنيين وأقاربهم لابد من الانتباه بشكل خاص بأنه لكل

واحد وجهة نظر مختلفة. ففي حين يعيش المعنيون سلوكهم وخبرتهم حتى في الهوس "كاستجابة" لمواقف معينة ("أنا لست متوتراً بل الآخرون يوترونني" على سبيل المثال)، فإنه واضح بالنسبة للملاحظ الخارجي إلى حد ما بأن السلوك غير مناسب، بل حتى يتم اعتباره كتعبير عن طبع المقابل (على سبيل المثال "كيف يمكنه [=الزوج] أن يكون لئيماً معي هكذا؟"). وغالباً ما يتوقع المعنيون منا التأكيد أن سلوكهم طبيعي ومفهوم، في حين ليس من النادر أن تتوقع الأطر المرجعية، بأن نقول للمعني بوضوح كاف بأنهم مرضى. وليس واضحاً دائماً أين تكمن الحقيقة هنا. ويمكن ألا ينتبه المرء لبدء الهوس أو يتسرع بتقييم السلوك الانبساطي المنفتح أو حتى التهكمي sarcastic في موقف ما على أنه علامة على الهوس وبشكل خاص لدى المرضى الذي مازال المرء لا يعرفهم كفاية. وفي كثير من الحالات تقود الخبرات التي غالباً ما يمر بها المعنيون – أحياناً على حق وفي أحيان أخرى من دون حق– المتمثلة في أن الآخرين يقولون له، بأنه هوسي و أنه ليس كذلك،إلى ردود فعل شديدة. لهذا فإنه من المهم أخذ الكثير من الوقت والعمل مع المريض فيما إذا كان هناك سبب للقلق في الأسابيع أو الأيام الأخيرة أم لا. وقد برهنت المراجعة المشتركة للمحكات التشخيصية للهوس بهدف جعل المعني يتوصل بنفسه إلى استنتاج حول وضعه الراهن على أنها في الغالب إستراتيجية مناسبة(Meyer & Hautzinger,2004).

4- طرق الفحص

كما أشرنا سابقاً فإن من خصوصيات الحالات الهوسية الشكل، أننا غالباً ما نحتك بها بداية في الغالب إما في إطار العلاج المركزي في المستشفى أو في مجرى العلاج وغالباً ما يكون السؤال الأساسي عندئذ، فيما إذا كان قد وصل إلى درجة من الشدة تجعل من الضروري عمل تدخل دوائي أو طبي إضافي ضرورياً. وقد تم عرض تلخيص للأدوات الأساسية لهذا في الجدول (4)، بغض النظر عما إذا كانت ذات توجه قائم على التعديل أم على الأعراض. إلا أنه وبغض النظر عن التدخلات الممكنة فإن الأمر في

تشخيص الهوس والهوس المعتدل يتمحور بشكل أساسي حول تقييم الأعراض الوجدانية-الانفعالية والاستعرافية والجسدية والسلوكية. ويشمل هذا الوضع الراهن والمجرى - أي تبدل القطبية للمراحل الوجدانية ومرحلة التحسن (ما يسمى "المراحل الخالية من الأعراض Euthyme"-ما يسمى بالمزاج الطيب أو الطبيعي). وينصح بالتشخيص المتعدد الأبعاد الذي يأخذ بعين الاعتبار وجهات النظر المختلفة (كأقوال المريض، وتقديرات المعالجين والمقيمين المستقلين وتقارير الأشخاص المرجعيين المهمين على سبيل المثال). مثال ذلك لا يستطيع المرء في الغالب في المرحلة الحادة من الأطوار الهوسية الشديدة، المترافقة مع أعراض ذهانية، التفريق بين الفصامات أو الاضطرابات الوجدانية الفصامية من دون الحصول على معلومات تاريخ مرضية أخرى (على سبيل المثال المجرى الزمني للأعراض، الأطوار السابقة). ويعني "متعدد الأبعاد" في هذا السياق إجراء تقييم إضافي للأعراض الذهانية الممكنة. يضاف إلى ذلك أنه لا يمكن اعتبار "الهوس" أو "الاكتئاب" قطبان متناقضان أو حالات لمتصل وعليه مبدئياً أن يأخذ بعين الاعتبار بأن الأمر قد يتعلق بأطوار مختلطة وبالتالي قد توجد أعراض الانزعاج (الضيق)-الاكتئابية والهوسية الشكل مع بعضها البعض في الوقت نفسه(Gonzalez-Pinto et al.,2003; Meyer & Hautzinger,2003).

ويتم التشكيك بين الحين والآخر بأن المعنيين يستطيعون في الحالات الهوسية الشكل أن يعطوا بشكل مطابق معلومات عن وضعهم الراهن وأعراضهم ومجراها. وبالفعل فإننا غالباً ما نلاحظ بأن المرضى وبشكل خاص في الحالات الهوسية والهوسية المعتدلة يهونون من شكاواهم الواضحة أو يقللون من قيمتها أو يقدرون حالتهم بشكل مختلف. وليس من النادر لذلك أن يقود عندئذ إلى استنتاج وجود تباعد واضح بين تقييم المريض لذاته وتقييم الآخرين له، من الإكلينيكيين أو أقاربه. والمشكلة تنبع هنا على سبيل المثال من أن ارتفاع الدافعية والطاقة المتزايدة والنزوع نحو النشاط تحتل ذاتياً بالنسبة لكثير من المرضى في بداية الهوس المعتدل أو الهوس مركز الصدارة وليس

التغيرات في المزاج. إلا أنه من المنظور الخارجي يسود المزاج المرتفع، أو الغبطي أو المستثار. والنتيجة المنطقية هي أنه سوف يتم في مقتضى الحال نفي الأسئلة من نحو فيما إذا كان المرء قد شعر مرة بالعافية هكذا أو بأن ما يشعر به هو فوق المعتاد، وبأن الآخرين فكروا بأن شيئاً ما ليس على ما يرام". وعلى الرغم من أنه حتى الآن لم يتم التخطيط في منظومات التشخيص عدم الاقتصار على الاستقصاء "كمحك أولي" على المزاج فحسب وإنما عن التغيرات في الدافع والمزاج ، إلا أنه يبدو من المفيد وبناء على الخبرات الإكلينيكية والإمبيريقية، -وقياساً على تشخيص الأطوار الاكتئابية- الاستقصاء عنها(Bauer et al., 1991; Benazzi & Akiskal,2003a,2003b).

وعلى المرء أن يبين من خلال الأسئلة المناسبة فيما إذا كان هذا التباعد بين تقدير الذات والآخر للحالات الهوسية الشكل لدى المعنيين قد كان موجوداً في التاريخ السابق للمريض. وهذا يعني على المرء معرفة إلى أي مدى يستطيع المعني بصورة واقعية تقدير وضعه عند العبور إلى الهوس (على سبيل المثال فيما إذا كان المعني يلحظ التغيرات، ولكنه لا يريد إدراكها، أم لا يوجد استبصار بالمرض على الإطلاق)، وكيف تمت الاستجابة على المخاوف المطابقة وتعابير الشخص الثالث (كالأقارب والأصدقاء والمتخصصون)، وكيف سيتمكن المعالج والمريض معاً في المستقبل من التعامل مع هذا في حال نشأ مثل هذا الموقف. وبما أن التقدير الذاتي للمريض فيما يتعلق بحالته الخاصة أو حتى روايته قد يكونا مشوهان فلا يكفي سؤال عام عن الحالة الراهنة في بداية كل جلسة لتقييم الوضع الراهن. لهذا فإن استخدام أدوات التقويم الذاتي وتقويم الآخر حتى في التدخل بصورة مكملة على درجة كبيرة من الأهمية.

4.1 المقابلات وأدوات الفرز للتشخيص الأعراض

بما أن المقابلات غالباً ما تستهلك الكثير من الوقت والجهد للتشخيص التفريقي ومن الصعب استخدامها في الحالات الهوسية الحادة فإن أدوات الفرز تعد أدوات مساعدة مهمة لتحديد الحالات ذات الشكل الهوسي. وبما أنه يكفي بالنسبة للتشخيص

الاشتباهي "لثنائي القطب" وجود طور واحد على الأقل من الهوس المعتدل أو الهوس، فإن أداة الفرز الوحيدة المنشورة حتى الآن – استبيان اضطرابات المزاج Mood Disorder Questionnaire - MDQ (Hirschfeld et al., 2000) – هي التي تسأل عن الأعراض الهوسية. ويتعلق الأمر بالسؤال فيما إذا كان لابد من الافتراض بأنه قد ظهر لدى الشخص طوراً هوسياً أو هوسياً معتدلاً أم لا. ويتضمن 13MDQ سؤالاً يجاب عنها بنعم أم لا حول الأعراض المطابقة. يضاف إلى ذلك سؤالان آخران تحاول اختبار فيما إذا كانت الأعراض مهمة إكلينيكياً أيضاً أم لا. وقد ظهر أن الدرجة 7 لدى المرضى الخارجيين مثالية بالنسبة للحساسية والخصوصية (التحديدية)[1]: 70 إذا يتم تم التعرف على 70٪ من المرضى ثنائيو القطب بوساطة هذه الأداة (=الحساسية) و90٪ من الأشخاص من دون اضطرابات ثنائية القطب تم تحديدهم بشكل صحيح على أنهم ليسوا "ثنائيو القطب" (=الخصوصية) (Hirschfeld et al.,2000). وفي عينة من الجمهور العام بلغت 711 شخص ظهر أن MDQ جيد جداً لاستبعاد وجود اضطراب ثنائي القطب، إلا أن الحساسية كانت 28٪ وهي قيمة ضئيلة (Hirschfeld et al.,2003). وربما ارتبط ذلك بأن المقابلات الإكلينيكية المبنية التي تم بناء عليها طرح التشخيص اضطراب وجداني ثنائي القطب لم يتم إجراؤها كما هو معتاد في جلسة شخصية وإنما على الهاتف.

وفي الوقت الراهن هناك محاولات لا لتحديد المرضى باضطرابات ثنائية القطب I فحسب بل لتحديد مرضى باضطرابات من الطيف ثنائي القطب (على سبيل المثال ثنائي القطب II، الدوري) وذلك بتطوير أداة فرز بناء على قائمة أعراض–الهوس

---

(1) حساسية الاختبار Sensitivity هي قدرة الاختبار على إعطاء نتيجة مرض أو اضطراب موجبة ، أي قدرته على تشخيص المرض بشرط وجود المرض أو الاضطراب بالفعل. نوعية أو تحديدية الاختبار Specificity هي قدرة الاختبار على إعطاء نتيجة سلبية للمرض أو الاضطراب، أي قدرته على برهان عدم وجود المرض أو الاضطراب بشرط عدم وجود المرض.

المعتدل Hypomania-Checklistلأنغست (1992). وتشمل قائمة الهوس المعتدل وعلى عكس 32MDQ بنداً أكثر، وتسأل عن أنماط سلوكية ملموسة جداً "مثل: "أنا شخص اجتماعي (أجري اتصالات هاتفية كثيرة)، أخرج كثيراً". بالإضافة إلى ذلك يتم طرح أسئلة حول علامات مثل هذا "المرتفع"، من نحو كم الوقت وكم تتكرر مثل هذه "الارتفاعات". وقد تم في هذه الأثناء نشر أولى الدراسات التي استخدمت فيها هذه القائمة أو مازلت تحت الطبع (Carta,2006; Meyer et al., 2007). إلا أنه ليس بالإمكان بعد طرح مقولات محددة حول نوعية قائمة أعراض الهوس المعتدل وخصائصها السيكومترية، غير أن تقييم الأداة بلغات عديدة في الوقت نفسه (كالإنجليزية، والإسبانية، والإيطالية والفرنسية والألمانية) يعد تقييماً إيجابياً.

ولكن استخدام أدوات الغربلة لا يتيح اتخاذ أي قرار تشخيصي نهائي، ذلك أن هذا القرار لا يحصل إلا بعد التوضيح الأكثر دقة بوساطة المقابلات الموجهة المطابقة. ومن الأدوات المستخدمة المعروفة على سبيل المثال المقابلات الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. الرابع (SCID)ـ والمقابلة التشخيصية في الاضطرابات النفسية (DIPD) وقوائم الأعراض التشخيصية العالمية.

ومن ميزات SCID هو أنه هنا من الممكن بمساعدة أسئلة خاصة تقييم أعراض الأطوار الوجدانية والأعراض النفسية وأنها تتيح إجراء تشخيص تفريقي مباشر للاضطرابات الوجدانية والذهانية. وكما يؤخذ هنا كذلك التفريق بين ثنائي القطب I وII بعين الاعتبار. بالإضافة إلى ذلك يتم فحص وجود اضطراب مختلط (من نحو سوء استخدام المواد على سبيل المثال) وهذا في غالبية الحالات ليس بالنظر للمشكلات الراهنة فحسب وإنما فيما إذا كانت قد ظهرت مشكلات شبيهة في الماضي.

وفي DIPD يتعلق الأمر كذلك بمقابلة مبنية، ولكن التركيز هنا مختلف. فعند الشك بوجود أعراض ذهانية ينصح بإجراء توضيح مستقل، الأمر الذي يمكن أن يقود إلى صعوبات في بعض الأحيان نظراً لتكرار مثل هذه الأعراض في إطار الهوس

والتشخيص التفريقي اللازم فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية. إلا أن الإيجابي هو أنها تأخذ بعين الاعتبار محكات الاضطراب الدوري Cyclothymia

جدول (4): عرض حول الأدوات الأساسية للتشخيص القائم على التعديل والقائم على الأعراض

الأداة	المؤلفون	الهدف
مقياس الهوس- الاكتئاب العام	Meyer & Hautzinger (2001)	تقييم الأعراض الهوسية كإكمال لـ ASD(Hautzinger &Bauiler,1993)
مقياس بيش رافائيلسن للهوس	Bech & Rafaelsen (1986)	تقويم الآخر للحالات هوسية الشكل
مقياس الحالة الداخلية Internal State Scale	Bauer et al. (1991); Meyer & Hautzinger (2004)	تقييم الحالات الذاتية وليست من أعراض الهوس
طرق مخطط الحياة Life Chart Method	Denicoff et al., (2000); Meyer & Hautzinger (2004)	تحليل مجرى المرض والعلاقات الوظيفية الممكنة
مقياس التقييم الذاتي للهوس	Krueger, Braeunig & Shugar (1997)	شدة الأعراض الهوسية في صيغة تقرير ذاتي
استبيان اضطرابات المزاج	Hirschfeld et al., (2000); Meyer & Hautzinger (2002)	فرز الأعراض الهوسية
مقياس الاتجاهات المعطوبة	Hautzinger et al. (2005)	مقدار ونوع الاتجاهات غير الملائمة
المذكرات اليومية للمزاج	Meyer & Hautzinger (2004)	تقييم المجرى اليومي، وإيقاع النوم، وتناول الأدوية والمزاج (يتضمن مقياس الإيقاع الاجتماعي Social Rhythm Metric)

أما قوائم الأعراض التشخيصية العالمية ICDL فهي على الرغم من أنها تتيح من خلال الأوراق المصممة بألوان مختلفة للتشخيص إمكانية مبسطة لاتخاذ القرار التشخيصي إلا أن دقة التشخيص تتعلق بقوة بالخبرات العيادية وتدريب العيادي المعني. وبما أن التركيز يكون على الفحص المرضي النفسي الراهن، يبدو الخطر كبيراً بتجاهل مجالات محددة وعدم استقصائها بشكل نوعي.

4.2 أدوات تقويم ذاتي لتقييم الأعراض الهوسية الشكل

غالباً ما يتم التشكيك بأن يكون المرضى في الهوس المعتدل أو الهوس قادرين على تقييم حالتهم الخاصة بشكل موثوق. وغالباً ما يذكر الاستبصار بالمرض والأضرار الاستعرافية أو القابلية لصرف الانتباه كسبب. وفي دراسة قديمة ذكر بلاتمان ومجموعته (Platman et al., 1969)، بأن التقويم الذاتي للأعراض الحادة من قبل المريض لا يرتبط كثيراً مع تقويم الآخر (r.=0.35)، وعندما يقيم المرضى حالتهم السابقة في طور التعافي ارتفع التطابق مع تقدير الممرضين بشكل واضح (r.=0.95). إلا أن المرضى من ناحية أخرى هم خبراء بحالتهم. فقد تمكن زيالي وآيثن (Zealley & Aithen,1969) من برهان أن الممرضين قد أبلغوا عن تغيرات المزاج لدى المرضى بداية بتأخر زمني يبلغ عدة أيام، في حين أنه تم رصد هذه التغيرات في الاستبيانات التي أجاب عنها المرضى قبل ذلك. كذلك يذهب كل كوك ومجموعته(Cooke et al., 1996) من أن التدريب الذاتي ضمن ظروف معينة أكثر حساسية تجاه أبسط التغيرات من تقويم الآخر. وفي هذه الأثناء توجد دلائل على أنه من الممكن للتقويمات الذاتية للأعراض هوسية الشكل أن تكون صادقة وثابتة حتى وإن كانت هناك أعراض ذهانية ولا يوجد إلا القليل من الاستبصار بالمرض (على سبيل المثال Altman,1998).

وبما أن التحفظ تجاه ثبات وصدق المقولات مازال قائماً فلم يتم (ومازال كذلك) إيلاء التطوير- وبشكل خاص- صدق أدوات التقويم الذاتي- أهمية إلى حد ما (Hautzinger & Meyer,2001). فعلى سبيل المثال كان بلوتشك وزملاءه قد طوروا في

عام 1970 مقياس الهوس-الاكتئاب M-D-Scale بهدف التمييز بين الحالات الخالية من الهوس والاكتئاب والحالات الاكتئابية الهوسية من خلال التقييم الذاتي للمريض. ومن الأمثلة عن البنود الستة عشر التي برهنت على أنها ذات قدرة تمييزية بين الهوس المعتدل والسواء: "لدي طاقة لا حدود لها"، ومن المقاييس الأحدث مقياس ألتمان للتقدير الذاتي للهوس Altman Self-Rating-Mania Scale(اختصار ARSM) (Altman, Hedeker, Peterson & Davis, 1997)

ويتكون هذا المقياس من خمس مجموعات من الأسئلة تهدف إلى تقييم الأعراض الهوسية النوعية بالاستناد إلى DSM-IV. ويستند إلى الأسبوع الأخير حيث يتم تقدير الأعراض التي يتم السؤال عنها حسب شدتها من خلال مقياس يتراوح بين الصفر (غير موجود) حتى "4" (واضح بقوة حتى شديد الوضوح). ومن بين الأحد عشر بنداً الأصلية برهنت خمس بنود على قدرتها في الفصل بالمقارنة بمجموعات طبية نفسية أخرى، وتمثل هذه البنود الخمسة ARSM. وقد طبق الباحثون المقياس مرتين خلال وقت قصير من الإقامة في المستشفى ووجدوا ثباتاً عالياً (r.=0.86). ولم يؤثر وجود الاستبصار من عدمه عند المرضى على سلوك الإجابة في ARSM. والأمر نفسه انطبق على وجود الأعراض الذهانية. وكدليل على الصدق يذكر ألتمان ومجموعته (1997) وجود ارتباط عال كفاية مع تقويم الآخر (بمقياس تقدير الهوس ليونغ على سبيل المثال: r.=0.72). وفي مقارنة لثلاث أدوات تقويم ذاتي أثبت ARSM تفوقه من خلال حساسية بلغت 93٪ تجاه ISS وSRMI (أنظر أدناه)، غير أن الخصوصية Specifity كانت 33٪ وهي أقل مما هو الحال عليه في المقياسين الآخرين (Altman, Hedeker, Peterson & Davis,2001). وكتوسيع للمقياس العام للاكتئاب لهاوتسنغر وبايلر (1993)، تم تطوير مقياس الاكتئاب والهوس (ماير وهاوتسنغر، 2001)، للحصول على مقياس يقدم من حيث صيغة الإجابة والإطار الزمني نتائج قابلة للمقارنة فيما يتعلق بالأعراض الهوسية والهوسية المعتدلة، كما هو الحال في قياس التضررات الاكتئابية. وقد برهنت البنود

التسعة لمقياس الهوس على وجود اتساق داخلي كاف؛ وكما هو متوقع ظهر في عينتين مستقلتين عامل هوس مستقل (Meyer & Hautzinger, 2001,2003). ومشكلة المقاييس الثلاثة كلها أنه لا يتوفر حول صدقها وثباتها إلا القليل من الدراسات المنشورة.

أما مقياس التقدير الذاتي للهوس Self-Rating Mania Inventory (اختصار SRMI)(Shugar, Shertzer, Toner & diGasbarro,1992) فهو مدروس بشكل أفضل، ومنشور في هذه الأثناء في تعديله الألماني. والصيغة الألمانية عبارة عن مقياس تقويم ذاتي منشور في صيغة دليل أيضاً، ويحتوي على 48 بند يجاب عنها "بنعم" أو "لا"، مع العلم أنه قد تمت صياغة بعض العبارات في شكل مقارن. ويتنوع الإطار الزمني؛ فلدى شوغر وآخرين (1992) كان الإطار الزمني أربعة أسابيع قبل الدخول للمستشفى، في حين اختار آخرون الأيام السبعة الأخيرة كإطار زمني قبل تطبيق الاستبيان (مثال: Altman et al., 1997; Braeunig, Shugar & Krueger,1996). وقد تم الحصول بالتحليل العاملي على عاملين (Shugar et al., 1992): الضيق (التعكر) مفرط النشاط Hyperactive Dysphoria والغبطة المتعية[1] hedonic Euphoria. وعلى الرغم من أنه هناك تقرير عن دراسة ثانية بعاملين إلا أن هذه الدراسة وعلى الرغم من وجود نوع من التشابه لا تغطي المجال نفسه كاملاً (Krueger et al., 1997). ويذكر بروينغ وآخرين (1996) بأن SRMI حساس للتعديل ويتمتع بثبات جيد (ثبات الإعادة). وكدليل على الصدق يشار إلى الارتباط مع تقويم الآخر من خلال مقياس يونغ للهوس، حيث بلغت بين 0.69 و0.89 في بداية أو في مجرى الإقامة في المستشفى، أي أن التطابق بين التقويم الذاتي وتقويم الآخر قد ارتفع. كما يذكر كوك وآخرون (1996) نتائج مشابهة. وقد برهنت الخصوصية عند نقطة قطع Cut-off14 بنسبة مقدارها 79–80٪ في أعلاها، مع العلم أن الحساسية كانت بدرجة أعلى بوضوح عند 22 أقصى حد (Braeunig et

---

(1) الجذل، الانتشاء، الشمق.

al.,1996; Shugar et al., 1992). وفي النسخة الأصلية استنتج الباحثون أن SMRI ملائم لتشخيص الأطوار الهوسية ولتقييم شدة الأعراض على حد سواء. ولكن من غير الواضح فيما إذا كان هذا يبدو مبرراً وذلك لغياب استخدام التشخيص المعير(على سبيل المثال SCID).

ولمقياس الحالة الداخلية Internal State Scale (ISS) (Bauer et al., 1991) نوعاً من المكانة الخاصة فهو أولاً لا يهتم بتقييم تكرار الأعراض المختلفة عبر فترة زمنية معينة وإنما بالمشاعر والانطباعات الراهنة. إلا أنه لا يدخل الأعراض الهوسية المميزة مثل انخفاض الحاجة الشخصية للنوم. وثانياً يقيس في الوقت نفسه الاكتئابية الراهنة. وقد تم بناء ISS وفق مبدأ مقاييس التناظر البصري، كما يمكن تقديمه في صيغة مقياس ليكرت (Glick, McBride & Bauer, 2002). ويطلب من المرضى وضع إشارة على خط بطول 10 سم ينتمي للعبارة، حيث يقدرون هنا حالتهم في الأربع والعشرين ساعة الأخير، مثال: "أشعر داخلياً بأني رائع". وأسفر التحليل العاملي عن ثلاثة عوامل بجذر كامن 1.0> ومع ذلك يقترح الباحثون التقييم من خلال 4 قيم مختلفة: "مؤشر الاكتئاب" ويتكون من بندين و"مؤشر العافية Well being index" ويتكون من ثلاثة بنود بالإضافة إلى كلا العاملين "التنشيط" و"الصراعات المدركة"، يشمل كل منها على خمسة بنود. وقد ظهرت فروق واضحة في متوسطات المقاييس الفرعية حسب الحالة الراهنة. فقد حصل المرضى الهوسيون فقط على قيم مرتفعة في عامل "التنشيط" بالمقارنة مع المرضى الآخرين. ويرتبط مقياس التنشيط عالياً مع مقياس تقدير الهوس ليونغ (أنظر أدناه)، ولكن ليس مع الاكتئابية التي تم تقديرها من خلال مقياس هاملتون للاكتئاب HAMD. وبالعكس ارتبط مؤشر العافية والاكتئاب مع مقياس هاملتون (Bauer et al., 1991). كما أبرزت نتائج كوك ومجموعته (1996) صدق المقياس. فقد وجدوا ارتباطاً متوسطاً لـ ISSمع SRMIبلغ (r.=0.58)، ومع تقويم الآخر للأعراض الهوسية الراهنة من خلال مقياس يونغ لتقدير الهوس (r.=0.45). كما تم

إعطاء قيم حدودية مطابقة للهوس الممكن والاكتئاب والأطوار المختلطة. وقد برهن ISS من المنظور الإكلينيكي على أنه مكون مفيد للمذكرات اليومية من المزاج المستخدمة علاجياً. وتمكن لام ومجموعته (Lam et al., 2003) من برهان أنه يمكن تفسير تأثيرات التدخلات النفسية من خلال ISS. فقد أظهر المرضى ثنائيو القطب المعالجون بالعلاج السلوكي الاستعرافي تأرجحات أقل في عامل "التنشيط" من المجموعة الضابطة. كما تشير الدراسات إلى أن ISS أداة حساسة للتعديل (على سبيل المثال (Brown, Suppes, Khan & Carmody, 2002).

باختصار يمكن القول بالنسبة لأدوات التقييم الذاتي بأنه قد تتوفر بعض الأدوات التي تتيح تقييم الهوس المعتدل والهوس من وجهة النظر الخاصة: إلا أنها مازلت غير مقومة بشكل كاف. وتوضح هذه الحقيقة والتحفظات العامة تجاه هذه الطريقة في مجال الحالات ذات الشكل الهوسي لماذا يتم استخدام أدوات التقويم الخارجي (تقويم الآخر).

4.3 أدوات تقويم الآخر لتقييم الأعراض الهوسية الشكل

تم نشر بعض أدوات تقويم الآخر مع أن بعضها ليس إلا عبارة عن تعديلات طفيفة أو تطويرات لأدوات أخرى. ومن حيث المبدأ فإن هذه الأدوات لا تمكن إلا عمل تقدير لشدة الأعراض الهوسية بعد إجراء التشخيص الناجح. وسنعرض فيما يلي تلك الأدوات الأكثر وصفاً واقتباساً فقط.

فقد طور المعهد الوطني للصحة النفسية مقياس بيوغل- مورفي لتقدير حالة الهوس Beugel-Morphy Manic State Scale (اختصار MSRS) (Beigel et al., 1971; Morphy et al.,1974) ويعد أول محاولة منهجية لتقييم الأعراض الهوسية. وكان الهدف توفير أداة إكلينيكية تتيح تقييم تنوع علامات أعراض الطور الهوسي في مجرى المرض. ويتكون مقياس التقدير هذا من 26 بند يتم تقديرها على متدرج من صفر حتى خمسة

حسب الشدة والتكرار، أي أنه يتم عمل تقويمين لكل عرض. وقد تم تصميم المقياس بحيث يستطيع الممرضون تطبيقه بعد تدريب مناسب. وحسب بيوغل ومجموعته (1977) يقيس أحد عشر بنداً من البنود الستة وعشرين بنداً الأعراض الجوهرية للهوس، مع العلم أنه من الممكن من خلال البنود الإضافية التمييز بين مجموعتين من مرضى الهوس، أطلق عليها المؤلفون تسمية "عظامي-غبطي Euphoric- grandiose" أو "زوري-هدام Paranoid-destructive". ومن أكثر انتقادات المقياس هو أنه مكلف جداً بالنسبة للاستخدام العملي وأن تدريج المقاييس غير محدد كفاية. بالإضافة إلى ذلك تغيب بعض الأعراض التي غالباً ما ينظر لها على أنها مميزة للطور الهوسي، من نحو التغيرات في النوم. كما يوجد نسخ مختصرة إلا أنه قلما يتم استخدامها، في حين أن MSRS الأصلي قد ظهر في منشورات حديثة (مثال Akiskal, Azorin & Hantouche, 2003).

ويعد مقياس تقدير الهوس ليونغ(Young Mania Rating Scale (Young et al., 1978) من أكثر أدوات تقييم الآخر استخداماً، والذي يتم اختصاره أحياناً بـ YMRSوفي أحيان أخرى بـ MRS. وقد أراد يونغ ومجموعته (1978) تطوير مقياس تقدير يشمل الطيف الهوسي من جهة ويعطي من جهة أخرى نقطة ارتساء مختصرة قدر الإمكان وواضحة في الوقت نفسه لدرجات التقييم. كما افترض للمقياس أن يكون أكثر حساسية من المقاييس الأخرى. وقد تم استخدام مقياس تقدير الاكتئاب لهاملتون الواسع الانتشار في البحث كأساس لتطوير YMRS. ويعد مقياس تقدير الهوس ليونغ من أكثر المقاييس استخداماً في المحيط الناطق بالإنجليزية ويمكن اعتباره كعيار لتقدير وجود الأعراض الهوسية وتقييم شدتها. وهذا ينطبق بشكل خاص على أبحاث التدخل الدوائي والنفسي على حد سواء.

ويتألف مقياس تقدير الهوس ليونغ 11YMRS بند: المزاج المرتفع، النشاط الحركي المرتفع (الطاقة)، الاهتمامات الجنسية، تغيرات النوم، الاستثارة، اللغة (الكمية والسرعة)،

اضطرابات التفكير، السلوك العدواني التدميري، المظهر الخارجي والاستبصار. وفي سبعة بنود يتم تقدير الشدة من خلال مقياس من "صفر" (غير موجود) إلى "4" (ظاهر بشكل متطرف"). وفي البنود الأربعة التالية هناك إمكانية إعطاء قيم من "صفر" حتى "8"؛ وهي بنود "القابلية للاستثارة"، "اللغة (الكمية والسرعة)"، المضمون" و"السلوك العدواني الهدام". أما خلفية هذا الوزن الخاص فهي أن هذه الأعراض قابلة للتقييم من قبل الإكلينيكي حتى عندما يكون الاستقصاء صعباً أو لا يوجد تعاون وتمثل هنا تضرراً واضحاً. ولهذا السبب يراعي مقياس تقدير الهوس ليونغ YMRS بشكل صريح الأعراض الذهانية أيضاً، مثل التصورات الهذيانية والأهلاس، وبشكل عام تتراوح الدرجات بين الصفر والستين درجة.

وكأساس للتقييم لابد من إجراء مقابلة تتراوح بين 15-30 دقيقة على الأقل تؤخذ فيها البيانات الذاتية للمريض وتقارير الممرضين - إذا كانت متوفرة- بعين الاعتبار. وعلى الرغم من أن الإطار الزمني قد حدده يونغ ومجموعته (1978) بالساعات الثماني والأربعين الأخيرة، فإنه غالباً ما يتم استخدام الأيام الثمانية الأخيرة قبل المقابلة كإطار زمني. ويمكن تقدير الهوس ليونغ YMRS بناء على السبر الحر، إلا أنه يفضل استخدام مرشداً للمقابلة. وقد تم تطوير مثل هذا المرشد المبني للمقابلة بالنسبة للطبعة الإنجليزية من تقدير الهوس ليونغ YMRS، لرفع الثبات (Sachs,1993)ولكن بما أنه لا يوجد دليل رسمي للاختبار توجد في المحيط الناطق بالألمانية ترجمات عديدة نشأت بشكل مستقل عن بعضها.

ويمكن اعتبار المقياس ثابتاً وصادقاً كفاية، إذ يتراوح الارتباط بين المقيمينInterrater correlation على مستوى البنود بين 0.63-0.92، وبالنسبة للدرجة الكلية بين 0.91-0.93 (Young et al., 1978; Youngstrom et al.,2002). كما برهنت دراسات أخرى ثبات المقيمين على أنه عال كفاية (Altman et al., 1994; Bauer et al.,1991)، مع العلم أن استخدام مرشد مبني للمقابلة وإجراء تدريب ملائم يؤثر على

هذا بشكل واضح. وقد أمكن في هذه الأثناء على الأقل بالنسبة للمجموعة العمرية الواقعة بين 5-17 سنة برهان بنية وحيدة العامل لمقياس تقدير الهوس ليونغ YMRS، تبرر تفسير الدرجة الكلية التي يتم الحصول عليها في المعتاد (Youngstrom et al.,2002). كما تم برهان صدق المقياس في دراسات مختلفة.

فقد ظهر على سبيل المثال وجود تطابق مرتفع مع أحكام الممرضين وارتباط مع مدة الإقامة في المستشفى ومع الحالة بعد التخريج. بالإضافة إلى ذلك ذكر باور وآخرون (1991) بأن تقدير الهوس ليونغ YMRS يميز بين المرضى الهوسيين ومجموعات ضابطة من دون تاريخ طبي نفسي سابق، في حين أن مقياس التقدير الطبي النفسي المختصر Brief Psychiatric Rating Scale لم يتمكن من التمييز بين مجموعات المرضى. كما هناك ارتباطات واضحة بين تقدير الهوس ليونغ YMRS والتقارير الذاتية حول الأعراض الهوسية. وفي دراسات متعددة أمكن بالإضافة إلى ذلك إظهار أنه يمكن استخدام مقياس تقدير الهوس ليونغ YMRS لدى الأطفال باضطرابات هوسية ثنائية القطب بشكل موثوق ويعطي مؤشرات حول تشخيص اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (مثال Fristad et al., 1992, 1995; Youngstrom et al., 2002; Wozniiak et al.,2003).

أما فيما يتعلق بالمعايير الممكنة أو نقاط القطع فإنه على الرغم من أنه يوجد لدى يونغ وآخرين (1978) متوسطات مطابقة إلا أنه لا توجد معايير بالمعنى الدقيق. وقد عرف باور ومجموعته (1991) في دراستهم التعافي على أنه الدرجة في تقدير الهوس ليونغ YMRS<5 و"التأذي الشديد" بقيمة مقدارها YMRS≥18. ومؤخراً نجد قيماً أعلى أيضاً يتم تقييمها كمؤشر على الشفاء أو الحد الأدنى من الأعراض، على سبيل المثال درجة تقدير الهوس ليونغ YMRS13< (مثال: Tasi et al.,2001) أو10< (مثال: Pope et al., 2001).

وعلى الرغم من استخدام مقياس تقدير الهوس ليونغ YMRS في دراسات عديدة،

إلا أنه مازالت هناك ثغرة كبيرة فيما يتعلق بالقيم المعيارية. وغالباً ما ينتقد النقاد في المقياس الوزن المختلف للأعراض المختلفة الذي لم يتم بطريقة إمبيريقية وتأثير الأعراض الذهانية غير الخاصة بالحالات الهوسية.

والقياس الثاني لتقويم الآخر الأكثر استخداماً في هذا المجال هو مقياس بيش – رافائيلسن للهوس(BRMAS (Bech & Rafaelsen, 19986; Bech et al, 1978. ومقياس BRMAS هو أداة تقويم الآخر الوحيد المنشور باللغة الألمانية لتقييم الأعراض الهوسية، وتم تطويره استكمالاً لمقياس بيش – رافائيلسن للميلانخوليا BRMS (Bech & Rafaelsen, 1986)، من أجل التمكن من تقييم الطيف الكامل للأعراض الوجدانية.

ويتألفمقياس بيش –رافائيلسن للهوس BRMAS من 11 بند يتم تقدير درجتها من خلال مقياس خماسي حيث تم تزويد قيم المقاييس المختلفة بعلامات خاصة. فعلى سبيل المثال يتم تقدير بند "المزاج" بالدرجات التالية: صفر= مزاج متزن، 1= المزاج مرتفع قليلاً مثالي لكنه مازال متناسباً مع الموقف، 2=المزاج مرتفع بوضوح، يروي نكات، يضحك، 3= مزاج عال مرتفع بشكل قاطع، فياض في التصرف واللغة، 4= مزاج عال بشكل متطرف، من دون أي استناد للموقف. ويستند الإطار الزمني بالأصل إلى يوم السبر وإلى النهارين والليليتين الأخيرين، إلا أنه يتم توسيعه كالأدوات الأخرى إلى الأسبوع الأخير. ولم يتم حتى الآن نشر قيم معيارية بالمعنى الضيق ولكن بناء على المراجع يمكن تقييم الدرجة 7> على أنها تحسن أو غياب الأعراض الهوسية المهمة. ويقترح بيش (2002) نفسه أن يتم تقييم القيمة الواقعة بين 10 و15 على أنها "هوس معتدل" والدرجة البالغة 15 على الأقل كمؤشر على الأعراض الهوسية المتوسطة. أما الدرجة أكثر من 20 فهي دلالة على الهوس الواضح أو الشديد (بيش، 2002).

وقد وثق بيش وآخرين (1999) ثبات المقيمين (بين 0.95–0.99)، حسب القيم المستخدمة)، ومقدار عال من التجانس بين البنود. وفي تحليل عاملي مشترك لمقياس

بيش -رافائيلسن للهوس BRMAS ومقياس بيش -رافائيلسن للميلانخوليا BRMS حملت غالبية بنود الهوس على العامل الأول الأساسي، والذي تم وصفه "بالنشاط الغبطي" (Rossi et al., 2001). وقد اقترح لشت وجينسن (1997) بناء على دراستهما تعديلاً لمقياس بيش -رافائيلسن للهوس BRMAS، إلا أنه يتم الانطلاق في المنشورات الأحدث من صدق المقياس بشكل عام. وقد تم منذ سنوات نشر مراجعة لاستخدام ونوعية مقياس بيش -رافائيلسن للهوس BRMAS في إطار الدراسات الدوائية (Bech,2002). ومن المؤكد أن ميزة مقياس بيش -رافائيلسن للهوس BRMAS تتمثل في حقيقة أن وجود يقدم لنا معادلاً للأعراض الاكتئابية.

5- ملاحظات ختامية

تتوفر أدوات مختلفة للتشخيص الأعراضي وتقويم شدة الاضطراب وتوثيق مجرى الاضطراب ذات الشكل الهوسي. وفي الاضطرابات ثنائية القطب لابد -وبشكل خاص بالنظر لتقدير الشدة وتوثيق المجرى- من الانتباه إلى ضرورة قياس كلا القطبين، إذ أن تحسين الأعراض الاكتئابية من دون المراعاة في الوقت نفسه للأعراض الهوسية الشكل لا يمكن تقييمه كمؤشر على التحسن "الفعلي" (قارن هاوتسنغر وماير، 2001). والمشكلة الأخرى تنبثق من تقييم "الأطوار المختلطة" سواء على المستوى التلازمي أم على المستوى العرضي، إذا أن الأدوات المتوفرة (من نحو SCID على سبيل المثال) لا تطلب تبييناً صريحاً لهذه الأطوار. وفي الوقت نفسه لا يوجد مقاييس كافية بحد ذاتها، لأن مركز العرض المسؤول عنها أو المقيمة متنوع جداً، فيركز ISS على الحالات الذاتية مقابل SRMI الذي يركز على التغيرات السلوكية. ويشترط التشخيص المؤسس في مجالا الاضطرابات ثنائية القطب على المستوى التلازمي تشخيصاً تفريقياً مطابقاً، من التمكن على مستوى الأعراض بعدئذ من تقييم الحالة الراهنة أو الشدة في شكل تقييم ذات وخارجي على حد سواء للأعراض هوسية الشكل والاكتئابية. وهناك مظهر لم يؤخذ حتى الآن بعين الاعتبار إلى مدى كبير يتمثل

في التفريق المهم بين التحسن الأعراضي والوظيفي فيما يتعلق بتقييم حالة المريض. وحتى لو لم يحقق المريض في الوقت الراهن محكات الطور الوجداني، فقد توجد الأعراض شبه الحدودية. فحوالي 40٪ من المرضى يبدون بعد سنتين من الإقامة في المستشفى تضررات واضحة في عملهم (Hammen et al., 2000)، بحيث لابد من إجراء تشخيص وظيفي فيما يتعلق بقدرتهم على الإنجاز والمحيط الاجتماعي.

وفي مجال تشخيص الهوس المعتدل يوجد من ناحية تاريخ طويل (Goodwin & Jamison, 1990) ومن ناحية أخرى الكثير من التغيرات من خلال الاهتمام المعاد إحياؤه في الوقت الراهن. وربما سيتم إجراء تعديل طفيف للإرشادات التشخيصية من خلال تجدد البحث. ومن النقاط التي قد تكون مهمة هنا هي أنه ربما يتم توسيع محك المنطلق للهوس المعتدل والهوس – قياساً على الاكتئاب- والتوقف عن اعتبار المزاج الغبطي أو المستثار على أنه كاف لوحده وإنما أيضاً التغيرات في الدافع والاهتمام. ومن المجالات الأخرى المسألة التي قد يوجد خلاف حولها وغير موضحة حتى الآن والمتمثلة في إلى أي مدى يفترض إكمال طيف الاضطرابات ثنائية القطب إضافة للاضطراب ثنائي القطب I وII والاضطراب الدوري بالمتغيرات شبه الحدودية. كما أنه من غير الواضح حتى الآن منذ أي عمر من المفيد طرح تشخيص "ثنائي القطب" ففي حين أن يشار باطراد في الولايات المتحدة الأمريكية أنه يمكن أن يكون حتى لدى الأطفال أنماط من الأعراض غير النمطية ومجرى من الاضطراب الهوسي-الاكتئابي ولهذا لايتم تشخيصهم وعلاجهم بشكل صحيح (على سبيل المثال Faedda et al., 1995; Geller & DelBelli, 2003, Geller & Luby,1997; Wozniak et al.,2003) يوجد في أوروبا تحفظ كبير عند طرح التشخيص من طيف الاضطرابات ثنائية القطب لدى الأطفال (على سبيل المثال Harrington & Myatt, 2003; Meyer et al., 2004; Reichert, Nolen, Wals & Hillegers, 2000).

واستناداً إلى بناء النظرية النفسية حول منشأ الاضطرابات هوسية الشكل توجد

أولى المحاولات الناجحة، لاختبار صلاحية نموذج الاستعداد-الإرهاق. إلا أنه لا توجد أية تحليلات إمبيريقية تقريباً للأعراض المنفردة وتطورها. وكمثال على ذلك نشير إلى أفكار العظمة: فانطلاقاً من النموذج التحليلي النفسي الأصلي الذي يرى في الهوس على أنه عبارة عن صد للمشاعر السلبية-الغبطية، فإنه من الممكن أن التهديد لصورة الذات السلبية بالأصل (كالامتحان) و الذي غالباً ما تم وصفه في الاضطرابات ثنائية القطب (على سبيل المثال Lyon, Startup & Bentall,1999; Winters & Nadel, 1985)، أن يثير سلوك مواجهة (مثال Thomas & Bental,2002). ويمكن لسلوك المواجهة هذا أن يتخذ شكلاً من السلوك الخطر (على سبيل المثال القليل من الدراسة، عدم التحضير بشكل كاف، تزايد استهلاك الكحول أو العقاقير) أو شكلاً من الدراسة المفرطة (التوقف عن عمل استراحات، وقلب الليل إلى نهار، والاستهلاك المتزايد للكافئين على سبيل المثال). وكلاهما قد يقود إلى النجاح في الامتحان، ففي الحالة الأولى يرتبط بالصدفة والثاني بالجهد. ولكن عندما يتم عزو النجاح مع ذلك إلى القدرات الداخلية والعامة، الثابتة (كالقدرة، الموهبة على سبيل المثال) فستزداد قيمة الذات. وقد تمكنت دراسة قديمة من إظهار أن بالإضافة إلى ذلك وعند وجود استعداد Vulnerability للأعراض الهوسية الشكل قد يحصل أن يتم توقع النجاح حتى في الواجبات بالصدفة (من نحو رمي النرد على سبيل المثال) (Stern & Berrnberg, 1979).

فإذا ما تم تقييم الحظ في المهام بالصدفة بشكل انتقائي أيضاً كمؤشر على القدرات الذاتية، فسوف يكون هذا الأساس المثالي لفرط ارتفاع مشاعر القيمة الذاتية ونشوء أفكار العظمة. ولكن فيما إذا كانت المركبات المنفردة لهذا النموذج تمثل الشروط اللازمة لنشوء أفكار العظمة في هذه العملية أم لا (الصورة السلبية عن الذات هي شرط كما يفترض النموذج السيكوديناميكي على سبيل المثال)، فإن الأمر ما زال غير موضح كلية على الإطلاق.

19-الاضطرابات الاكتئابية

مارتين هاوتسنغر Martin Hautzinger

1- مدخل

2- الوصف

2.1 وصف الأعراض

2.2 الانتشار

3- التشخيص التصنيفي

3.1 الفئات التشخيصية

3.2 التشخيص التفريقي الاختلاطية

4 التشخيص القائم على التعديل

5- طرق الفحص والأدوات التشخيصية

5.1 الفرز والتعرف المبكر

5.2 المقابلات والفحص المبني

5.3 أدوات تقويم الذات

5.4 أدوات تقويم الآخر

5.5 مستويات المتلازمات

5.6 الانتحارية

5.7 المجموعات الهدف

6- بناء العلاقة والظروف المحيطية

7- مثال حالة

8- خلاصة واستنتاجات

1-مدخل

الاضطرابات الوجدانية هي أمراض نفسية تتميز بشكل أساسي بتضررات في المشاعر والدافع والاهتمامات. و ضمن الاضطرابات الوجدانية يتم بشكل خاص تصنيف الاكتئابات والهوس. فإذا ما وضعنا الدرجات الطفيفة من الشذوذات الاكتئابية ضمنها، فيعتقد عندئذ أن هذه الاضطرابات الوجدانية تشكل أكثر الأضرار النفسية تكراراً وتظهر في جميع المراحل العمرية (انتشار مدى الحياة حوالي 20٪). وبما أن الحزن وتعكر المزاج والعصبية وعدم الهدوء والخوف...الخ تعد من الخبرات الانفعالية الطبيعية للإنسان فإن التحديد (الفصل) الكمي والكيفي للقيم المرضية المختلفة التي تمتلكها الاضطرابات والتي تحتاج للعلاج يعد من المهام الأساسية.

وتميز منظومة التشخيص الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ICD-10 ضمن الفئة F3 في الفصل الخامس (الاضطرابات النفسية) بين الاضطرابات الوجدانية التالية:

- الطور الهوسي (F30)
- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (F31)
- الطور الاكتئابي (F32)
- اضطراب اكتئابي انتكاسي (F33)
- الاضطرابات الوجدانية المستمرة (F34)

وفي هذه الفئات (باستثناءF34) يتم التحديد بشكل إضافي من خلال شدة الأعراض ووجود أو غياب الأعراض الذهانية أو الجسدية. ويتم إكمال هذه الفئات التشخيصية من خلال:

- الاضطرابات الوجدانية (المختلطة) الأخرى (F38)
- اضطرابات وجدانية أخرى (F39) وكذلك من خلال
- الاكتئاب ما بعد الولادي (F55.0 Postpartum Depression
- الاضطراب الوجداني الجسدي (F06.3)

- واضطرابات التكيف (F43.2) بوصفها استجابة اكتئابية قصيرة الأمد أو أطول استمراراً.

ويحتل تشخيص الاكتئاب مركز صدارة هذا الفصل.

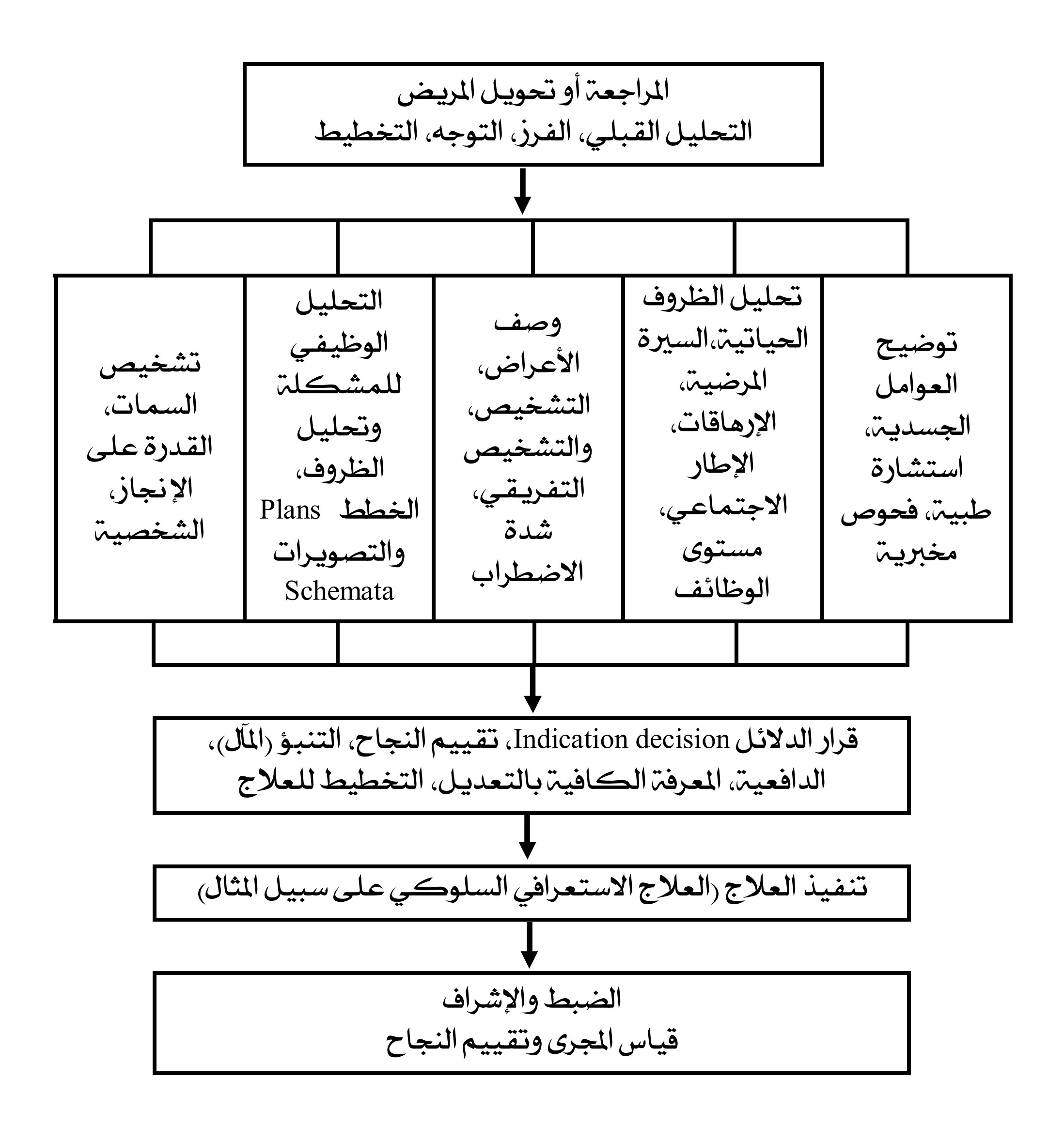
وكمجرى وتوجه للتشخيص الإكلينيكي والتشخيص القائم على التدخل اقترحت في مكان آخر (Hautzinger, 2001) تصويرة (الشكل 1) يمكن استخدامها بلا مشاكل على الاضطرابات الاكتئابية. وفيما يلي سوف يتم التركيز بشكل أساسي على التشخيص الوصفي (الفئوي، البعدي) والتشخيص الوظيفي (تحليل الظروف، القائم على العلاج).

2- **الوصف** Phenomenology

2.1 **وصف الأعراض**

الاكتئابات اضطرابات نفسية، علاماتها المميزة التضرر الحاصل في المزاج والانقباض وفقدان المتعة والفراغ الانفعالي وفقدان الدافع والاهتمامات وعدد كبير من الشكاوى الجسدية. ووصوفات كالحزن والانقباض وتعكر المزاج وفقدان الطاقة وانخفاض الدافعية والتشتت وفقدان القيمة (التفاهة) واليأس واللامعنى والتي تترافق على الأغلب مع القلق وعدم الهدوء وفقدان الطاقة واضطرابات الشهية وفقدان الوزن والليبدو واضطرابات النوم والألم ومشكلات التركيز وأفكار الانتحار هي الشكاوى والشذوذات النفسية النمطية في الاكتئاب.

وكثير من الحالات العاطفية والشكاوى المذكورة، إذا لم تتجاوز حداً ما ومدة معينة، هي استجابات طبيعية وصحية على خبرات الفقدان أو الخيبة أو الفشل أو الإرهاقات أو أوقات الوحدة أو التعب.



شكل (1): تصويرة مجرى المهام والقرارات التشخيصية في إطار المعالجة النفسية للاضطرابات الوجدانية

وتتصف الأعراض الاكتئابية بعدد كبير من الأعراض غير المتجانسة، إلا أن ما يميزها هو ظهور الأعراض الجسمية والنفسية معاً. ويعرض الجدول (1) الأعراض الممكنة للاكتئاب على المستوى الانفعالي والدافعي والمعرفي والإعاشي-الجسدي والحركي- السلوكي والتفاعلي.

2.2 الانتشار

الاكتئابات اضطرابات نفسية شائعة الانتشار، تزايد انتشارها أكثر في العقود الأخيرة. ومن دون إيجاد توضيح جيد لها تعاني منها بشكل خاص المجموعات العمرية الشابة (20–30 سنة). وتظهر الدراسات في البلدان الصناعية وضمن المحكات المذكورة ICD-10 أن حوالي 5–7٪ (أي حوالي 15–17 مليون أوروبي) يعانون في الوقت الراهن من الاكتئاب. ويبلغ احتمال أن يمرض الإنسان بالاكتئاب في مجرى حياته (خطر مدى الحياة)، 12٪ بالنسبة للرجال و26٪ بالنسبة للنساء. وهذا يعني بأن حوالي كل رابع امرأة وكل سادس رجل سيعاني في يوم من الأيام في حياته من الكآبة.

والاضطرابات الاكتئابية الهوسية نادرة وتبلغ نسبتها أقل من 1٪ بين مجموع السكان ككل. وحوالي مليونين حتى الثلاثة ملايين من الأوروبيين يعانون من هذا المرض ثنائي القطب.

3- التشخيص التصنيفي

3.1 الفئات التشخيصية

يتم تحديد الاكتئابات في ICD-10 من خلال عدد معين من الأعراض التي توجد مع بعضها في الوقت نفسه، وينبغي أن تستمر موجودة عبر فترة زمنية معينة، ولا يمكن تفسيرها بأية أمراض أو أوضاع أخرى. وقبل أن يتم إعطاء تشخيص "اكتئاب" من خلال هذه المنظومات، فإنه من الضروري بداية تعريف السمات الكامنة خلف الطور الاكتئابي (أنظر جدول 2).

جدول (1) أعراض الاكتئابات

السلوكي\الحركي Behavior\Motoric صورة الظهور	الانفعالي Emotional	النفسي-الإعاشي Psycho-vegetative	التخيلي Imaginative الاستعرافي Cognitive	الدافعي Motivational
وضعية الجسد: واهنة، انحناء في الظهر، تراخ، تباطؤ في الحركة، اهتياج، عدم هدوء، عصبية، قلق، حك اليدين وما يشبه ذلك. تعابير الوجه: وجه حزين، باك، مهموم، التواء زاوية الفم، تجاعيد معمقة، تعابير جامدة وعصبية أحياناً ومتأرجحة التوتر. **الكلام:** منخفض، على الوتيرة نفسها، بطيء. انخفاض عام في النشاط قد يصل للسبات، القليل من التنويع، محدودية مجال الحركة. مشكلات عند	مشاعر القنوط أو الانقباض، اليأس، التشتت، فقدان الأمان، الذنب، العداوة، القلق، الهم، الشعور بفقدان السند مشاعر فقدان الأحاسيس (العواطف)، الهم البعد عن المحيط.	عدم الاستقرار الداخلي، التوتر، الاستثارة، بكاء، تعب، ضعف، أرق، تغيرات مزاجية عبر اليوم، حساسية للطقس، فقدان الشهية والوزن والليبدو، أوجاع إعاشية عامة من بينها ضغط على الرأس وآلام في المعدة واضطرابات هضمية. وعند التشخيص لا بد من الانتباه إلى ضغط الدم ومستوى السكر في الدم ونقص الكالسيوم وإلى نسبة الحديد ونقص السيروتونين	اتجاه سلبي نحو الشخص نفسه (بوصفه شخص، ونحو قدراته الذاتية وتجاه الأعراض)، وتجاه المستقبل (تصورات تخيلية للمأزق، الثقب الأسود)؛ التشاؤم؛ النقد الذاتي المستمر، عدم الثقة، توهم المرض، فقر المبادأة، بطء التفكير ومشقة فيه، مشكلات في التركيز، انشغال دائري، توقع العقوبات أو الكوارث، تصورات هذيانية	توجهات نحو الفشل، سلوك انسحابي أو تجنبي. الهرب أو تجنب تحمل المسؤولية، خبرة فقدان السيطرة، ومشاعر العبء الثقيل واليأس والانسحاب وصولاً حتى الانتحار أو ازدياد التعلق بالآخرين

السلوكي\الحركي Behavior\Motoric صورة الظهور	الانفعالي Emotional	النفسي-الإعاشي Psycho-vegetative	التخيلي Imaginative الاستعرافي Cognitive	الدافعي Motivational
المواجهة العملية لمشكلات الحياة اليومية. فقدان الاهتمام، فقدان الدافعية، مشاعر الإرهاق الزائد والعبء الثقيل، انسحابية.		والأدرينالين أو الفرط فيهما.	على نحو التصورات الآثمة وتصورات الفقر، تصورات عدم الكفاية، تصلب أو جفاف في مستوى الطموح، أفكار عدمية حول المأزق وفقدان الهدف الخاص من الحياة، أفكار انتحارية.	

وطبقاً للآي.سي.دي.ICD-10 يستخدم في تحديد الفئات التشخيصية كل من المجرى (أحادي أو ثنائي القطب، وحيد لمرة واحدة أو انتكاسي أو مزمن) والشدة (خفيف، متوسط، شديد) والبروز الخاص للأعراض (جسدي، نفسي على سبيل المثال). وتعد الأطوار الاكتئابية "خفيفة" إذا توفرت في الوقت نفسه بين4و5، و"متوسطة الشدة" إذا توفرت بين 6و7 و"شديدة" إذا توفرت 8 وأكثر من الأعراض الاكتئابية المذكورة في جدول (2).

فإذا ما وجد إلى جانب الطور الاكتئابي الراهن طور اكتئابي على الأقل إما خفيف أو متوسط أو شديد الدرجة في التاريخ المرضي فيتم عندئذ تشخيص طور اكتئابي انتكاسي (بدرجات مختلفة)، ويحقق المرض السابق محكات الطور الاكتئابي ويوجد بين الطور السابق والحالي شهرين على الأقل من دون أعراض إلى حد كبير.

جدول (2) الطور الاكتئابي

ICD-10	
الطور	**اكتئاب Depression**
المزاج	اثنان على الأقل كل يوم تقريباً • مزاج اكتئابي • فقدان الاهتمام أو فقدان المتعة • دافع منخفض وتعب متزايد
المدة	أسبوعين على الأقل
عدد الأعراض اللازمة	عرضان آخران على الأقل
قائمة	• فقدان الثقة بالنفس أو مشاعر القيمة الذاتية • اتهامات غير مبررة للذات أو مشاعر ذنب غير ملائمة • أفكار متكررة بالموت، أفكار انتحار وصولاً إلى السلوك الانتحاري • تناقص القدرة على التفكير (انخفاض القدرة على التفكير) أو على التركيز أو على اتخاذ القرار • عدم هدوء نفسي-حركي أو تباطؤ نفسي حركي (ذاتي أو موضوعي) • اضطرابات نوم • فقدان الشهية أو ارتفاع فيها (مع تغيرات مطابقة في الوزن)
نوع الضرر الاجتماعي النفسي	تغيرات في إدارة الحياة مع تضررات ذات أهمية إكلينيكية
محكات الاستبعاد	في حال وجود أعراض ذهانية، ولكنها ليست مميزة للفصام، من نحو اضطرابات الأنا أو أهلاس بصرية على سبيل المثال. ليس مستثاراً بالمواد أو لا ترتبط بعامل مرضي طبي عام أو ليست بسبب عضوي.

ولبعض الأعراض الاكتئابية أهمية إكلينيكية خاصة وتطلق عليها في ICD-10 أعراض "جسدية". ومن الأعراض الجسدية المميزة: فقدان الاهتمام وغياب القدرة على الاستجابة الانفعالية والاستيقاظ المبكر والهبوط الصباحي والكبح النفسي الحركي والشهية الواضحة أو فقدان الوزن والفقدان الواضح لليبيدو.

وفي الاضطرابات الاكتئابية الشديدة ليس من الضروري عمل ترميز مستقل للأعراض الجسدية، حيث يتوقع أن تكون الأعراض الجسدية في هذه الدرجة من الشدة إلزاميةobligatory (لابد أن تكون موجودة أصلاً).

وتتطلب الأعراض الذهانية وجود أعراض هذيانية متطابقة مع المزاج (متناسبة معه) وعادة ما يكون لهذه الأعراض في إطار الاكتئاب مضمون الذنب والخطيئة والإفقار والعقاب ومن النادر أن يكون مضمونها هذيان الملاحقة.

وعسر المزاج Dysthymia عبارة عن اضطراب وجداني مزمن مستمر طويلاً، لا تحقق أعراضه محكات الطور الاكتئابي. والفصل عن الاضطرابات الاكتئابية الانتكاسية يأتي من أن الأطوار الاكتئابية هنا تأتي ثم تختفي (تخف) وتعود من جديد للظهور (انتكاس). إلا أنه من الممكن أن تحصل أزمات اكتئابية على خلفية وجود اضطراب اكتئابي مستمر طويلاً (عسر المزاج)، في حين أنها تحقق محكات طور اكتئابي. فإذا ما خف الطور الاكتئابي فإنه من النادر عندئذ أن يحصل تحسن كامل، وإنما تحصل عودة إلى المستوى الابتدائي، أي إلى عسر المزاج (في DSM-IV تم اقتراح التشخيص الاكتئاب المضاعف Double Depression).

وهناك تمييز آخر للاضطرابات الاكتئابية ينبثق من خلال الظهور المرتبط بفصول السنة للاضطراب الوجداني ("اكتئاب الشتاء"، أو "الاكتئاب المرتبط بالمواسم") ومن خلال ظهور الاكتئاب المرتبط بعلاقة زمنية وثيقة مع ولادة طفل ("اكتئاب ما بعد الولادة Postpartum Depression).

3.2 التشخيص التفريقي والاختلاطية

كما أكدنا فإن وجود الانقباض والإنهاك والحزن والحيرة والاستسلام لا تعني وجود اضطراب وجداني. فهناك عدد كبير من الدراسات التي تشير إلى أنه تكثر الأعراض الاكتئابية عند وجود أمراض جسدية واضطرابات تجسيد وسوء استخدام المواد أو التعلق بها والاضطرابات الغددية والمناعية وعمليات التهدم والأمراض العصبية، من دون أن يتم بالضرورة افتراض وجود الاكتئاب. ومن ناحية أخرى هناك تقديرات تقول أنه بين 15–20٪ (Helmchen,2001; Wittchen et al., 2000) من المرضى المراجعون لعيادة الطب العام يعانون عادة من اكتئابات واضحة، ولا تتم معالجتهم لهذا أو يعالجون بشكل خطأ مما يسهم في أن يصبح الاضطراب مزمناً.

وبالنسبة للتشخيص التفريقي لاضطراب وجداني لابد بداية من استبعاد أن المزاج الاكتئابي الواضح أو المرتفع بشكل مفرط ليس بسبب مرض جسدي (من نحو اضطرابات وظائف الغدة الدرقية،التهابات عصبية[1] neuronal noxious أو خلل في الوظائف...الخ). وهذا يحتاج في كل الأحوال إلى فحص طبي أدواتي ومخبري معمق. كما لا بد من فحص التأثير المباشر للأدوية والعقاقير والكحول، التي يمكن أن تكون عاقبتها صورة اكتئابية. ومع التقدم بالعمر بشكل خاص تكتسب حتى الأدوية الموصوفة من الطبيب بشكل رسمي (كخافضات الضغط الشرياني، والأدوية المضادة للباركنسونية) أهمية تشخيصية في هذا السياق.

ومن الناحية المرضية النفسية (الباثوسيكولوجي) لابد في مجرى التشخيص من التوضيح التشخيصي لوجود اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب دوري أم عدم وجوده. وهذا يتطلب مراعاة المحكات التشخيصية لـICD-10 بالنسبة للطور الاكتئابي والطور الهوسي أو الهوسي المعتدل أو الدوري. فإذا ما كان واحداً من هذه

---

(1) مواد مؤذية ضارة هدامة.

الاضطرابات موجوداً فإن لذلك عواقب علاجية ذلك أنه عادة ما يتم علاج الاكتئاب أحادي القطب unipolar Depression بشكل مختلف عن الاكتئاب في إطار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (قارن Meyer & Hautzinger,2004).

فإذا ارتبطت الأعراض الاكتئابية بعلاقة وثيقة مع موت شخص قريب، محبوب عندئذ يعد هذا على أنه "حزن" متوقع اجتماعياً وطبيعياً وليس اضطراباً ذي قيمة مرضية. ولكن إذا استمرت استجابة الحزن لأشهر كثيرة (حوالي الأربعة أشهر) دون تغير أو حتى كان قوياً بحيث تظهر الانتحارية أو الأعراض الذهانية، عندئذ يعد هذا على أنه أمر مرضي.

اضطرابات التكيف (التي كانت تسمى في الماضي "الاكتئاب الارتكاسي" أيضاً) هي حالات من المعاناة الذاتية والتضررات الوجدانية التي تعيق الوظائف الاجتماعية والقدرة على الإنجاز وتظهر في أثناء عملية التكيف بعد تغير معترض في الحياة أو بعد أحداث حياتية مرهقة أو أمراض جسدية صعبة. ولابد من الافتراض هنا أن لولا الإرهاق (الضغط) لما نشأت صورة المرض. والأعراض غير متجانسة إلا أنها تشمل في الغالب مزاجاً اكتئابياً خفيفاً حتى المتوسط والقلق والهم وفرط التوتر وقلة الحيلة. كما يمكن أن تظهر تجليات سلوكية دراماتيكية قصيرة الأمد (العنف أيضاً على سبيل المثال). ويبدأ الاضطراب خلال شهر بعد الحدث المرهق أو تغير الحياة. ويمكن لاضطرابات التكيف أن تكون قصيرة الأمد (شهر أقصى حد) أو طويلة الأمد (حتى سنتين أقصى حد).

ويمكن للاكتئابات أن تظهر كطلائع لكل الاضطرابات النفسية بالتوازي معها أو كنتيجة لها أو كليهما وعند توفر المحكات المطابقة ينبغي تشخيصها بشكل إضافي للاضطرابات الأخرى (التشخيصات المتعددة، الاختلاطية multiple Diagnosis, Comorbidity). وتبدي الاكتئابات بشكل خاص نسبة عالية من الاختلاطية. فهناك تداخل أو ظهور مشترك في الوقت نفسه متكرر مع اضطرابات القلق (الرهابات

والمخاوف الاجتماعية واضطرابات الهلع واضطرابات الخوف المعمم) والقهر، واضطرابات ما بعد الصدمة واضطرابات الطعام وسوء استخدام المواد والتعلق بالمواد واضطرابات النوم والاضطرابات الجنسية والاضطرابات جسدية الشكل والاضطرابات الفيزيونفسية وكذلك مع الاضطرابات الفصامية والاضطرابات الدماغية العضوية والتهدم الدماغي واضطرابات الشخصية (Weissman et al., 1988; Rohde et al., 1991). وفي الاكتئابات (الأطوار الاكتئابية وعسر المزاج) بين عموم السكان نجد أن ثلاثة أرباع الحالات على الأقل فيها تشخيص آخر إضافي. وأكثرها اضطرابات القلق (النصف تقريباً) والتعلق المستثار بالمواد (الثلث تقريباً) والاضطرابات من الشكل الجسدي (الثلث تقريباً) (Sartorius, 1996). وفي العادة من الصعب الوصول لإجابة موثوقة عن السؤال فيما إذا كان الاكتئاب في مثل هذه الاضطرابات الظاهرة بشكل مختلط اكتئاباً أولياًPrimary أم أنه ظهر كنتيجة لأمراض أخرى (Hautzinger,1998).

وتعد الاكتئابات شبه العرضية Subsyndromal Depression (أي القليل من الأعراض أو قصر المدة الزمنية) وبشكل خاص الأطوار المتعددة منها، إلا أنها تكون قصيرة، خطراً مرتفعاً لتطور الصورة المرضية الكاملة لاضطراب اكتئابي (Lewinsohn, Solomon, Seeley & Zeiss,2000; Maier, Gaensicke & Weiffenbach,1997).ففي عدد من الدراسات الطولية على عينات واسعة استطاع هؤلاء الباحثون أعلاه من إظهار أن العدد المتنامي من الأعراض الاكتئابية يرتبط بصورة وثيقة مع المقدار المتزايد للأضرار الاجتماعية والتقييد في كفاءة الإنجاز وتزايد استهلاك الكحولية وارتفاع الخطر للطور الاكتئابي. وأظهرت النتائج أن الأهمية الإكلينيكية للأعراض الوجدانية لا تتعلق لوحدها بتجاوز الحد التشخيصي لمنظومة التشخيص المستخدمة.

فقد توصل كل من أنغست ميريكانغاز (Angst & Merikangas,2001) في دراستهما الطولية التي استمرت 15 سنة على حوالي 600 شاب من زيورخ إلى: "(1) أنه من الأفضل النظر للاكتئابات على أنها متصل وليس على أنها فئات منفصلة: (2) أنه توجد

علاقة مباشرة بين عدد الأعراض الاكتئابية وتكرار ومدة الأطوار الاكتئابية ومؤشرات صدق الاكتئاب Validity Depression Indicators؛ (3) واستكمالاً لعدد الأعراض الاكتئابية فإن التوليف بين تكرار ومدة الأعراض الاكتئابية يرفع من صدق تصنيف اكتئاب ما" (ص 7). كما وتدعم دراسات (التوائم) الفيزيوعصبية والوراثية بشكل كبير وجهة النظر البُعدية dimensional ونموذج المتصل في الاكتئاب.

4- التشخيص القائم على التعديل

من أجل التشخيص القائم على تحليل المشكلة أو على العلاج في الاكتئابات (Hautzinger,2003) هناك تصويرتان مفيدتان يمكنهما أن تقدما إطاراً لتحليل المشكلة والهدف، و يمكن على أساسهما عندئذ اتخاذ قرار للعلاج أو لمحور المعالجة (النفسية).

وقد تم عرض تصويرة في الشكل (2). وهي تسترشد بالموقف النظري التعلمي السلوكي لفقدان التعزيز. وهناك بشكل خاص أربعة مجالات إشكالية ممكنة تحتل بسبب ذلك مركز الصدارة في الاهتمام التشخيصي:

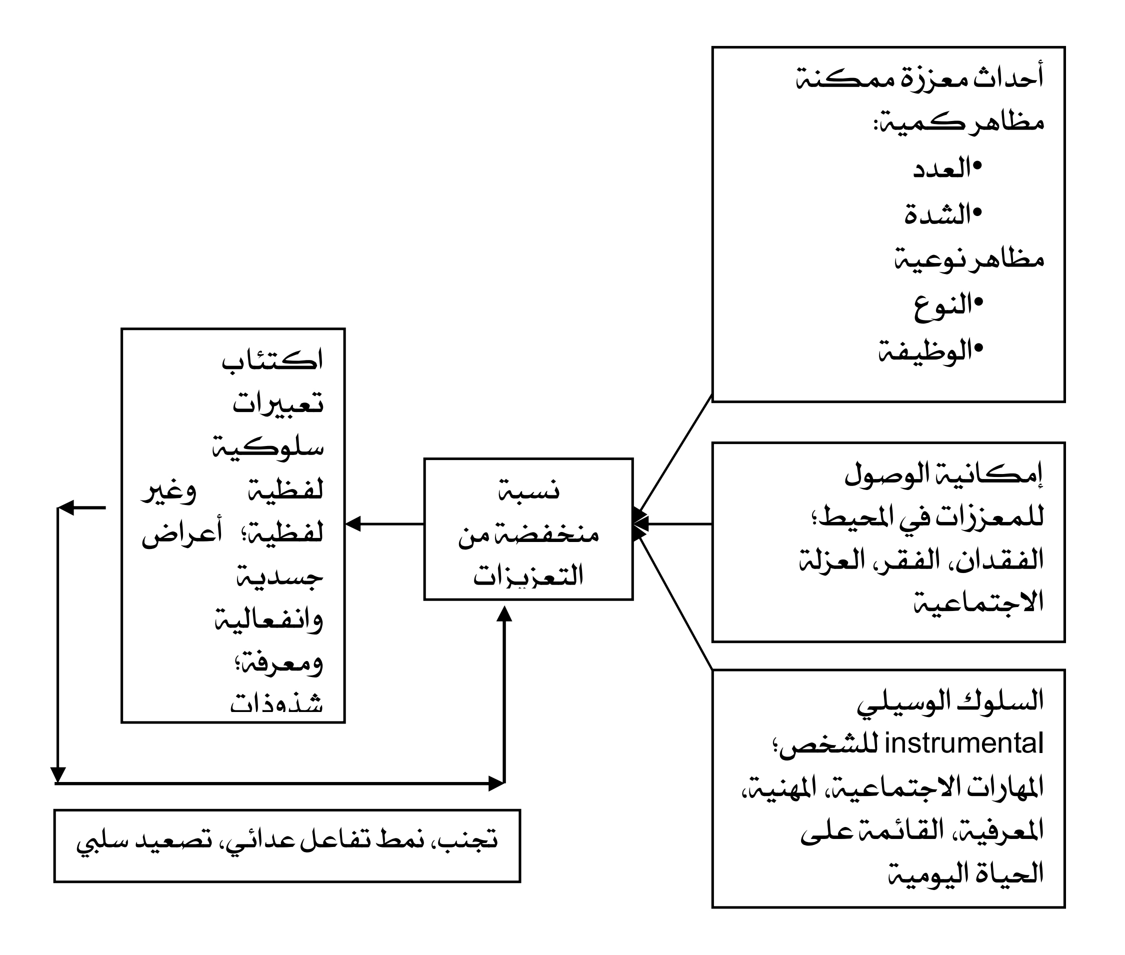
1- كمية وهرمية الأحداث والنشاطات التعزيزية،

2- كمية الخبرات المرهقة المقيتة أو التوازن بين النشاطات الإيجابية والسلبية،

3- الثغرات الممكنة (القصور) في ذخيرة السلوك وفي الموارد والمهارات،

4- التأثيرات طويلة الأمد للأعراض الاكتئابية على المحيط والعلاقة الزوجية والأسرة وبشكل خاص أنماط التفاعل والتواصل المتصاعدة سلبياً والعيب في شريك التفاعل الداعم بشكل بناء.

فغالباً ما يبدي الأشخاص المكتئبين قصوراً في السلوك (ثغرات فيه) أو كفاءات أحادية الجانب ويشهدون فرطاً من الظروف المقيتة (المنفرة).



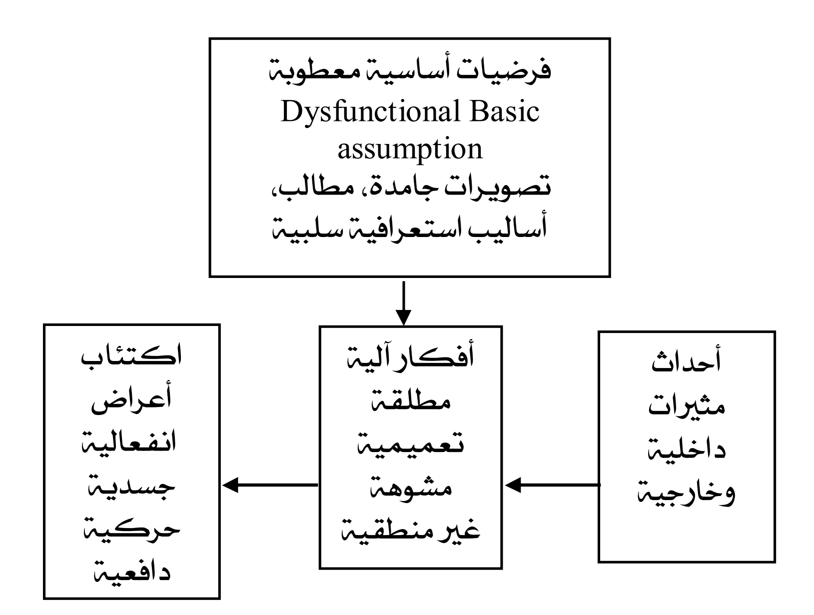
شكل (2): تصور نظري تعلمي للمشكلات النمطية للمرضى المكتئبين

وتقود الأعراض الاكتئابية إلى أن يستجيب المحيط بداية (لفترة قصيرة) بالدعم والاهتمام، أي بشكل تعزيزي. وبداية عندما يستمر السلوك الاكتئابي ويسود يبتعد شركاء التفاعل ويستجيبون بعدوانية وصد، الأمر الذي يعزز الشخص المكتئب في فرضيته بأنه على أية حال هو غير محبوب وغير مفيد ليفقد معززات أخرى وليقود بالتالي على هذا النحو إلى تثبيت أو تعميق الاكتئاب.

والنموذج الموصوف في الشكل (3) يوجه الاهتمام إلى الجانب الاستعرافي للاضطراب. والمهم بالنسبة للتشخيص الوظيفي هو تحليل الأفكار المرتبطة بالموقف والآلية، وفي الوقت نفسه المعطوبة (المختلة وظيفياً) والسلبية وكذلك القناعات الأساسية (Core Beliefs) الكامنة خلف هذه الأفكار الآلية التي يمكن التعرف إليها بالتدريج والمَوَجِّهة والمشحونة بالخطأ أو تصويرات تمثل المعلومات الملخومة (غير الماهرة أو غير اللبقة) وأحادية الجانب وغير المتمايزة والتشاؤمية.

وغالباً ما تسيطر على التفكير الاكتئابي الأفكار السلبية والتوجهات نحو الفشل والعزو الخطأ والقناعات المطلقة، الأخلاقية التقييمة الموجهة ضد الشخص نفسه. وهذه الاستعرافات تدفن الدافعية وتشل القدرة على التصرف وتعيق الخبرة الانفعالية بالمعنى السلبي. ويستجيب المحيط على هذا التشتت والتقليل من قيمة الذات والتشاؤم المستمر بداية بالاهتمام والتخفيف (عواقب معززة)، إلا أنه على المدى المتوسط والبعيد بالرفض والصد (عواقب سلبية)، الأمر الذي يعزز المكتئبين بأنهم ليسوا ذوي قيمة وأنهم عبء على الآخرين. وترفع عملية الأرجحة هذه والتي تتضح أيضاً في الشكل (2) من الأعراض الاكتئابية ويمكن أن تقود إلى اليأس، بل حتى إلى الأزمات الانتحارية.

غير أن كلتا هاتين التصويرتين من التحليل لا تتيحان لفت النظر إلى القصور والتجنب والخلل الوظيفي (الأعطاب) فحسب بل إلى التعرف إلى نقاط القوة والكفاءات والموارد عند الشخص. ولابد من التعرض تشخيصياً لمهارات المواجهة هذه واستراتيجيات التعويض والموارد والدعم الاجتماعي بالطريقة نفسها وإيجادها وجعلها نقطة انطلاق العلاج.



الشكل (3) النموذج الاستعرافي للاكتئاب

ومن ناحية تحليل المشكلة غالباً ما نجد في الاكتئابات (ليس دائماً) تزايداً في الظروف المقيتة (المنفرة) (فقدان، خسائر، تغيرات، مطالب) لا يمكن مواجهتها من خلال وسائل التصرف المتوفرة. فيعيش المرضى أنفسهم عاجزين تحت رحمة الظروف، ويحملون أنفسهم مسؤولية الفشل أو الإخفاق. ويمكن للانسحاب أو الاهتمام أن يحقق التخفيف لفترة قصيرة، إلا أنها تجعل الأعراض ترتفع على المدى البعيد، وتترسخ وتتصاعد. وتمثل القناعات الجامدة في الغالب وتفسير الأسباب والمطالب منبع التشتت (الشك بالذات) ونقدها ومشاعر الذنب المميزة للاكتئاب. فإذا ما غابت أساليب التمثل الاستعرافية البديلة ترتفع عندئذ وباطراد متزايد الأعراض الاكتئابية من خلال نمو أو سيطرة الظروف المقيتة الكابتة، ويشعر المرضى بالاستسلام واليأس، الأمر الذي يرفع من الوضع المقيت أكثر.

ولدعم تحليل المشكلة يمكن استخدام استبيانات وأدوات قياس مختلفة، من نحو تدريج تحقيق الهدفGoal realization Scaling ومقياس–هـ H-Scale وكذلك استبيانات للمجالات المختلفة (على سبيل المثال المخاوف الاجتماعية، وقائمة الشخصية، والعلاقة الزوجية...الخ)، وكذلك ملاحظة الذات والآخر (مذكرات المزاج والنشاطات، ومجريات وأنماط التفاعل). وتنبثق الأهداف العلاجية من هذا النوع من التحليل الوظيفي للمشكلة. أما الأهداف النمطية لدى مرضى الاكتئاب فهي: التنشيط، المشاركة ثانية بشكل أقوى في النشاطات والحياة اليومية، التغلب على العزلة والانسحاب وبناء توازن بين الأعمال المريحة والأقل أريحية، وبناء السلوك التوكيدي الملائم وبناء المهارات الاجتماعية وتفكيك الاتجاهات السلبية المشوهة واستبدالها باستعرافات مفيدة بانية وبناءة ومفيدة لمفهوم الذات وتعلم التحكم بالأفكار وبناء مهارات التواصل وبناء سلوك حل المشكلة الماهر والتغلب على الخبرات الماضية المقيتة. ومن أجل تحقيق هذه الأهداف العلاجية الممكنة توجد على سبيل المثال عناصر مبرهنة للعلاج السلوكي الاستعرافي (Hautzinger,2003). منها استراتيجيات التدخل الاستعرافي (على سبيل المثال صياغة أفكار بديلة، اختبار البراهين بواسطة بروتوكول الأعمدة والتدريب على إعادة العزو وتغيير الاتجاهات واختبار الواقع (على سبيل المثال تنظيم اليوم وبناء النشاطات المريحة والحسنة المزاج Etyma Activities وتمارين التواصل والسلوك...الخ). وفي الحالات والمجريات الاكتئابية الشديدة وبشكل خاص في طور بداية المعالجة فإن العلاج الدوائي المرافق للتدخل النفسي فاعل. وبهذا يتم التغلب على حالات عدم الهدوء واضطرابات النوم واليأس وحصار الدافع والمزاج الأمر الذي غالباً ما يجعل من العمل العلاجي النفسي بداية ممكناً.

5- طرق الفحص والأدوات التشخيصية

5.1 الفرز والتعرف المبكر

تساعد أدوات الفرز على تحديد أولئك الأشخاص الذين ربما يكونوا مرضى باضطراب وجداني، أو لديهم خطر مرتفع لتطوير اضطراب مطابق. والأمر الفاصل بالنسبة لهذا الشكل من التشخيص (القبلي) أن تكون الأدوات سهلة الاستخدام ويمكن الإجابة عنها بسرعة وتستدعي لدى المعني القليل من الدفاع (الإنكار) وتقيم كل الأشخاص المعنيين قدر الإمكان (لا يوجد سلبيون زائفون[1] false Negative). وعلى أدوات الفرز أن تبرهن وجود حساسية عالية، أي من الأفضل لها أن تختار عدد عال من الأشخاص بشكل خطأ بتشخيص إيجابي زائف (بمعنى المحك الذي نهتم به) من أن يفلت منها أشخاص بتشخيص إيجابي (لأنه تم تشخيص هؤلاء بشكل سلبي عن طريق الخطأ).

وقد تم اقتراح طرق متنوعة وتجريب أحجام مختلفة (قارن Hautzinger & Meyer,2002; Nezu, Ronan, Meadows & McClure,2000; Reynolds,2006; Traux, Trich & Carver,2006). ومقياس الاكتئاب العام عبارة عن أداة تتيح تقييم المزاج الاكتئابي من دون أن يتعلق الأمر بالاكتئاب بالمعنى الإكلينيكي بالضرورة. وعند وجود تشخيص للاكتئاب يمكن من خلاله تقييم شدة الأعراض. وفي الدراسات في الإطار غير الإكلينيكي لأغراض الفرز لابد عند درجة معينة أخذ احتمال وجود

---

(1) نتيجة الاختبار السلبي الزائفةFalse Negative predictive valueهي احتمال وجود الاضطراب عند شخص معين إلا أن نتيجة الاختبار لا تعطي إشارة لوجود اضطراب، كالاختبار المصمم للقلق أو الاكتئاب على سبيل المثال لكنه يخفق في اكتشاف القلق أو الاكتئاب عند شخص يعاني من هذين الاضطرابين. ويقابلها أيضاً نتيجة الاختبار الايجابي الزائفةFalse Positive predictive valueوهي احتمال عدم وجود المرض إلا أن الاختبار أو الفحص يعطي نتيجة تدل على وجود المرض . أما عندما نقو ل القيمة التنبوئية السلبية Negative predictive value فهي احتمال عدم وجود المرض مع اختبار نتيجة مرض سلبية (أو عدم ظهور أي أعراض للمرض).

اضطراب اكتئابي جدي بعين الاعتبار. وتعد الدرجة الأكبر من 23 قيمة معيارية "ملفتة للنظر" وتجعل من احتمال وجود الاكتئاب كبيرة. وفي الصيغة المختصرة للقياس العام للاكتئاب فإن القيمة الحرجة تبلغ 17 درجة. وفي الجمهور العام يتجاوز حوالي 17٪ هذه القيمة، أما لدى المرضى باضطراب اكتئابي فإن هذه النسبة تبلغ 94٪ (Hautzinger & Bailer, 1993). إلا أنه حسب المسألة المطروحة يمكن للقيمة الحدودية المحددة على أنها مهمة أن تكون أخفض. فاستناداً إلى الصيغة المطولة من المقياس العام للاكتئاب فإن الدرجة البالغة 12 تطابق نسبة مقدارها 50٪ والدرجة البالغة 18 تطابق نسبة مقدارها 75٪. وينصح عند تجاوز هذه القيمة بإجراء توضيح تشخيصي واسع ومعمق.

ويعد دليل الصحة النفسية (العافية)Index of Well being أداة فرز مختصرة تم تطويرها على أساس نموذج منظمة الصحة العالمية (أنظر جدول 3). فإذا ما تمت الإجابة عن هذه الأسئلة الخمسة في صورة نفي للبنود المصاغة إيجابياً أو تم تقييمها بأنها قلما تنطبق ونتجت عن ذلك درجة كلية تتراوح بين الصفر و13 فإن الاحتمال عندئذ يكون كبيراً (الحساسية 39٪، الخصوصية أو النوعية 64٪[1]) بوجود اضطراب اكتئابي.

---

(1) تمثل الحساسية لفحص ما نسبة عدد المرضى الذين أعطوا اختبارا موجبا بذلك الفحص من العدد الكلي للمرضى. فيما تمثل النوعية نسبة عدد الأفراد الأصحاء الذين أعطوا اختبارا سالبا من المجموع الكلي للأصحاء.

جدول (3): بنود Index of Well being كأداة فرز. الدرجة الكلية الواقعة تحت 14 (0-13) تعد درجة ملفتة للنظر.

	في الأسابيع الثلاثة الأخيرة	كل الوقت	أغلبه	حوالي نصف الوقت	أقل من نصف الوقت	بين الحين والآخر	ولا مرة
1	كنت سعيداً بمزاج جيد	5	4	3	2	1	0
2	شعرت بالهدوء والاسترخاء	5	4	3	2	1	0
3	شعرت بالنشاط والطاقة الكاملة	5	4	3	2	1	0
4	عند الاستيقاظ شعرت بالحيوية والراحة	5	4	3	2	1	0
5	كان يومي مملوءاً بالأمور التي أحبها	5	4	3	2	1	0

5.2 المقابلات والفحص المبني

تم في السنوات الأخيرة تطوير أدوات نصف معيرة ومعيرة تتيح الاستنتاج الموضوعي والموثوق (الثابت) (قيم كابا Kappa بين 0.69 و0.80) (Wittchen et al., 1995,1997) وجود الأعراض المحددة في منظومات التصنيف والوصول بهذا إلى تشخيص. وفي كل منظومات المقابلات المتوفرة في الوقت الراهن تحتل مجالات الاضطرابات الوجدانية مساحة واسعة. أما المقابلات المعروفة والمستخدمة لحسن الحظ في هذه الأثناء فهي: المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. الرابع (SCID for DSM-IV(Wittchen et al., 1995

والمقابلة التشخيصية العالمية المركبة Composite International Diagnostic Interview أو المقابلة التشخيصية (Wittchen & Pfister, 1997).

وهناك إمكانية مبسطة، لكنها أقل دقة من الناحية المنهجية للوصول إلى التشخيص تقدمها قوائم الأعراض التشخيصيةDiagnostic Checklists[1] (IDCL; Hller at al.,199) الموضوعة بالنسبة للآي.سي.دي.ICD-10 من منظمة الصحة العالمية. وبهذه القوائم يمكن طرح التشخيص أيضاً إذا لم يكن السير ممكناً كلية أو جزياً. ويبلغ ثبات المقيمين بالنسبة لتاريخ الحالات بالنسبة للاكتئاب $\kappa \geq 0.80$، وهي قيمة مقبولة.

5.3 التقويم الذاتي

تتوفر مجموعة من أدوات التقويم الذاتي والاستبيانات الناجحة، والموثوقة والموفقة سيكومترياً تتيح تحديد شدة الاكتئابية وقياس التعديل في أثناء العلاج والتأرجحات في الحالة والشكاوى. ولا يمكن من خلال أدوات التقويم الذاتي الوصول إلى قرار تشخيصي، وإنما يمكن بعد إجراء التشخيص التصنيفي تحديد شدة الأعراض والتضررات المختلفة بمعنى التشخيص المتعدد الطرق على المستويات المختلفة.

ويعد مقياس بيك للاكتئاب من أكثر أدوات التشخيص الذاتي استخداماً Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, Brown,1006; Hautzinger, Bailer, Worral & Keller,1995; Hautzinger, Keller & Kuehner,2006).

ومنذ إدخاله (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh,1961) أصبح من أكثر أدوات التقويم الذاتي انتشاراً واستخداماً في سياقات إكلينيكية متنوعة لقياس شدة الأطوار الاكتئابية. وقد أثبت مقياس بيك للاكتئاب في عدد لا يحصى من دراسات التدخل كمحك للنجاح حساسيته للتغير (على سبيل المثال Hautzinger & deJong

---

(1) International Diagnostic Checklists.

(Meyer,1996. وقلما نجد اليوم دراسة عن الاكتئاب من دون أن يستخدم فيها مقياس بيك للاكتئاب لتقييم الشدة أو من اجل القياس القبلي والبعدي.

5.4 تقويم الآخر

تقويمات الآخر أو مقاييس التقدير تتطلب أن يقوم مقيم في موقف معين بترتيب شخص ما فيما يتعلق بمقطع راهن أو ماض من الاستجابات، تم اختياره (أي المقطع) وفق مؤشرات محددة صريحة أو ضمنية، بمساعدة قواعد ترميز غير محددة unspecification على الأقل لفئة تقييم على مقياس ما. وتتيح أدوات التقييم الذاتي للأعراض الاكتئابية للإكلينيكي تقييم شدة الطور الوجداني من خلال بيانات المريض والملاحظات الذاتية.وتقوم هذه التقديرات من حيث المبدأ على نفس الأساس من البيانات الذي تقوم عليه مقاييس التقويم الذاتي، أي على البيانات اللفظية للمريض. ويمكن تحسين موضوعية وثبات تقويمات الآخر للأعراض الوجدانية من خلال الحصول على المعلومات الضرورية من خلال دليل مبني للاستقصاء.

والخصائص السيكومترية لأدوات تقييم الآخر جيدة في الغالب، مع العلم أنه هناك أدوات إشكالية مختلفة (من نحو الانطباع الإكلينيكي العام clinical global impression على سبيل المثال) مفضلة وبشكل خاص في ترخيص الأدوية.

ويعد اليوم مقياس هاملتون للاكتئاب Hamilton Depression Scale (HAMD) (Hamilton,1960, 1986) الأداة التقليدية في تقويم الآخر لتقدير شدة الأعراض الاكتئابية وهذا على الرغم من أن غالبية المستخدمين غير راضين عن البنود (الاختيار، الصياغة) وعن فئات التقييم (التدريج). ومع ذلك قلما نجد اليوم دراسة في الاكتئاب لا تأخذ HAMD بعين الاعتبار.

وتصور قائمة راش للأعراض الاكتئابية Inventory of Depressive Symptoms (Rush et al.,1996; Hautzinger, 2003) المتلازمة الاكتئابية بشكل كامل بصياغات لغوية

أفضل. وتستند الأعراض إلى منظومات التشخيص الراهنة ويتم تقييم الشدة بشكل ملموس وتقوم إلى مدى كبير على إطار تقييم مطابق ومتدرجة بشكل متساو.

5.5 مستويات الأعراض

تبدي الاكتئابات خصوصيات نمطية على المستوى الاستعرافي. وقد طرح عدد كبير من الباحثين أنماط التمثل المعطوبة Dysfunctional والاتجاهات الخاطئة أو غير المنطقية والتوجه نحو الفشل وأنماط العزو الملخومة والاتجاهات التشاؤمية، السلبية القائمة على الشخص والمستقبل والمحيط في مركز الأفكار النظرية حول نشوء واستمرارية الاضطرابات أحادية القطب وحول علاجها أيضاً (Hautzinger, 1991,2003). وقد ظهر هنا أن التقييم الموضوعي لهذه العمليات صعب. فالاستعرافات عبارة عن أحداث شخصية، من الصعب قياسها. ومع ذلك فإن المقاييس قد أكدت نفسها على أنها مفضلة بسبب سهولة استخدامها، مع العلم أنه توجد اقتراحات لتقييم العمليات النفسية عبر التجليات السلوكية والمؤشرات التجريبية. وهناك منظرون آخرون تصدرت الشذوذات السلوكية والاضطرابات في التفاعل الاجتماعي مركز أفكارهم في الاضطرابات الوجدانية (Hautzinger,1998).

ومن الضروري بمفهوم التشخيص متعدد الأبعاد قياس كل مجال من مجالات الاضطرابات الوجدانية، أي المجال الوجداني والحركي والاستعرافي والدافعي والجسدي والتفاعلي بشكل منفصل، وبوساطة أدوات قياس خاصة في مقتضى الحال. وتنشر ما يسمى مقاييس الحالة أو قوائم الصفات لقياس الحالة الراهنة Well Being، أما الشكاوى الجسدية فيتم قياسها في الغالب بوساطة قوائم الشكاوى وبشكل أكثر موضوعية من خلال المؤشرات الفيزيو نفسية (مخطط الدماغ الكهربائية، مخطط القلب، الكولسترول، تركيز النواقل العصبية). ومن أجل قياس اضطرابات التفاعل والعلاقة الزوجية توجد استبيانات لتشخيص العلاقة (Halweg,1996) وملاحظات مباشرة للسلوك. أما مستوى السلوك (الحركة، النشاط) فيقاس من خلال ملاحظات

السلوك والمذكرات اليومية) (الملاحظة الذاتية) وعداد الخطوات أو الحركة (جهاز يحمل على الرجل أو الخصر)، وتقويم التسجيلات بالفيديو أو حتى أيضاً قياس زمن الكلام (كالمدة التي يستغرقها المريض بالعد من الصفر حتى 10). وعلى المستوى الاستعرافي والدافعي تلعب بشكل خاص بناءات اليأس (الميل للانتحار) وأنماط العزو والاتجاهات المعطوبة بالنسبة للاضطرابات الاكتئابية دوراً مركزياً.

ويهدف مقياس القناعات المعطوبة لتقييم الاتجاهات والقناعات، التي تقود بمعنى بيك حول المفهوم الاستعرافي للاكتئاب بالتفاعل مع ظروف الخطر والمرهقات إلى الاضطرابات الاكتئابية. والقناعات المعطوبة تمثل وجهات النظر المشوهة والسلبية المميزة للاكتئابات حول الشخص نفسه ومستقبله ومحيطه. وينظر لهذه الاتجاهات على أنها تصويرات تَمَثُّل ثابتة، تحدد تنظيم الخبرات السابقة وتفسير الخبرات الجديدة والتنبؤ بالأحداث المستقبلية.

ويشمل المقياس 40 بنداً قام هاوتسنغر ولوقا وتراوتمان (1985) بتعييره على المحيط الناطق بالعربية ونشرت في هذه الأثناء (Hautzinger, Joormann & Keller,2005). وتقع الدرجة الكلية غير الملفتة للنظر تحت 100، في حين أن المجموع البالغ 140 درجة يعد نمطياً لمرضى الاكتئاب. وكان متوسط مجموع الدرجات بعد علاج ناجح للمكتئبين المفحوصين واقعاً بين 100-130 درجة (Hautzinger et al.,1985; Hautzinger & deJong-Meyer,1996)

وبشكل خاص في إطار نموذج اليأس المتعلم تلعب أنماط العزو لتمثل الفشل دوراً مركزيا في نشوء واستمرارية الاكتئابات. ومن أجل تشخيص هذه الأنماط من العزو يوجد استبيان العزو Attribution Styles Questionnaire (ASQ) (Kammer & Stiensmeier-Pelster, 1989). ويمكن تقييم تفسيرات الأسباب لمواقف النجاح والفشل استناداً إلى الأبعاد المهمة الداخلية-الخارجية، الثبات-التغير والعمومية-الخصوصية.

وقد اقترح بيك ووايسمان وليستر وتريكسلر (1974) مقياساً لقياس اليأس، يقيس

التوقعات السلبية المعممة حول الذات والحياة المستقبلية. وعلى الرغم من أن هذا التصور يحتل في إطار الاكتئابات والانتحارية أهمية خاصة فإن كرمبن (1994) يؤكد على أن اليأس عبارة عن عرض ثانوي يلعب في سياق الكثير من الأمراض النفسية والجسدية كذلك دوراً.

5.6 الانتحارية

خطر النزوعات والتصرفات الانتحارية في الاضطرابات الاكتئابية مرتفع. ولتقييم الانتحارية برهنت إلى جانب مقياس اليأس الموصوف أعلاه قوائم عوامل الخطر بشكل خاص صلاحيتها (أنظر جدول 4؛ Hautzinger & Meyer, 2002 والفصل 20 من هذا الكتاب).

وغالباً ما تأتي الأزمات الانتحارية بعد مراحل الإنهاك وفرط المطالب والحيرة واليأس والعدوان الذاتي. وهي في جزء منها ذات طبيعة استغاثية، وفي جزئها الآخر تأتي في نهاية موازنة تقود نتيجتها إلى القتل المقصود للذات. ويمكن تقدير مدى جدية النوايا الانتحارية (درجة الرغبة بالموت)، والترتيبات الانتحارية (إمكانية الاكتشاف أو الإيجاد بعد الانتحار الحاصل) وطريقة الانتحار (اختيار الطريقة مع ارتفاع أو انخفاض احتمالية النهاية القاتلة). وفي تقدير الخطر للتصرفات والأزمات الانتحارية لابد من التفكير بالدرجة الأولى بالاندفاعية والعدوانية الكامنة خلف ذلك، التي غالباً ما تتعزز أكثر من خلال استخدام الكحول والعقاقير والأدوية.

الجدول (4): قائمة عوامل الخطر لتقييم الانتحارية

- محاولات الانتحار السابقة
- الذكور بين سن 20 حتى 30 وحوالي الخمسين
- السن المتقدمة (رجال ونساء)
- مشاعر اليأس وقلة الحيلة
- الاندفاعية
- السلوك الانتحاري في تاريخ الأسرة
- المرضى المزمنون مع أمل ضعيف أو مفقود بالشفاء
- نقص الروابط الاجتماعية، الوحدة
- سوء استخدام المواد
- عدم الاستمتاع anhedonia والتركيز الضعيف
- عدم القدرة المستمرة العامة على النوم؟اضطرابات النوم
- وجود القلق والهياج Agitation ونوبات الهلع.

5.7 **المجموعات الهدف**

تم تطوير أدوات تقييم للأعراض الاكتئابية لمجموعات مختلفة (كالمرضي المسنين والأطفال واليافعين). إذ تعد الاضطرابات الاكتئابية في سن الشيخوخة المتقدمة من أكثر الشذوذات النفسية. وبالنسبة لهذه المجموعة من المرضى الذين غالباً ما تواجههم أمراض أخرى، مزمنة في الغالب أو تغيرات معرفية لابد من تطوير مقاييس خاصة، بالمقابل لا بد من تطوير أدوات مطابقة للأطفال واليافعين. وكل أدوات تقويم الذات والآخر الموصوفة تقريباً ملائمة للمرحلة العمرية بين 18-65 سنة، وتم تقنينها من أجل ذلك فقط. وعلى الرغم من وجود تقارير منفردة ملائمة فيما يتعلق باستخدام مقياس

بيك للاكتئاب أو مقياس هاملتون للاكتئاب مع المرضى الطاعنين في السن حتى حوالي 80 سنة أو عينات يافعة إلا أن الدراسات المنهجية حول ثبات وصدق الأدوات المعروضة في هذه العينة غير موجودة.

والدراسات الموجودة حتى الآن حول مقياس الاكتئاب في الشيخوخة geriatric-Depression-Scale (GDS; Yesavage et al.,1983; Gauggek & Birkner, 1998) تجيز الاستنتاج أن الأداة عبارة عن أداة تقويم ذاتي لقياس الأعراض الاكتئابية (فرز Screening) أو لتقييم شدة الاكتئاب لدى المسنين وتعد أداة ثابتة (إعادة الاختبار: 0.85؛ التجزئة النصفية: 0.49)، ومتجانسة (الاتساق الداخلي: 0.87 حتى 0.94) وقادرة على الفصل (الدرجة الوسطى: 0.56). وتشير الارتباطات العالية (0.83–0.85–0.84) مع SDS وBDI وHAMD بأن صدق البناء متوفر. ويشمل 30GDS بنداً (الصيغة المختصرة 15). وتقع القيمة الحرجة بالنسبة للاكتئابات بين 11و14، وعند نقطة القطع 14 تبلغ الحساسية 80٪ والخصوصية 10٪. ومن الممكن استخدام الأداة لقياس المجرى والنجاح.

ويهدف مقياس الاكتئابية للأطفال (DTK; Rossmann, 1993)الحالة للاكتئابية لدى الأطفال بين 9 و14 سنة. ويضم ككل 55 بنداً مصاغاً بشكل مبسط تتيح إمكانية تصوير حالة الأطفال على ثلاثة مقاييس فرعية: المزاج العكرdysphoria Mood ومشكلات قيمة الذات والميل للسلوك الهائج والتعب والمظاهر السيكوسوماتية للمتلازمة الاكتئابية. ويبلغ الاتساق الداخلي للمقاييس الفرعية بين 0.86–0.78–0.75 ويبلغ ثبات الإعادة بعد أسبوع 0.88، 0.89–0.82 أو بعد شهر 0.77–0.77–0.74. وقد أمكن إعادة تأكيد البنية المضمونية من خلال التحليل العاملي. وتتوفر اختبارات الصدق والتعيير.

6-بناء العلاقة والظروف المحيطية

غالباً ما يكون المرضى الاكتئابيون متشائمين جداً ومقتنعين بأنه لا يمكن لشيء أن يساعدهم، في حين يكون بعضهم الآخر استعطافياً جداً أو غارقون بمزاجهم الانفعالي الحزين. ويمكنهم أن يكونوا صادين أو جامدين أو بطيئين جداً، الأمر الذي يصعب التفاعل معهم. ومن هنا يحتاج مرضى الاكتئاب الهدوء والصبر (الاحترافيين) والوقت. وغالباً ما يكون من الضروري قبل كل تشخيص صادق ومناسب وموثوق بداية بناء الحد الأدنى من الثقة (الطمأنينة) والأمل (أنظر حول هذا Hautzinger,2003) وذلك عبر الإصغاء والضمانات المهدئة والاستفسار المهتم الملموس والتوضيحات المتكررة والنشاطات والتوجيهية والتنظيم (توجه نحو المشكلة Problem orientation). وقد يعني هذا قبل التشخيص المناسب والمفصل كفاية - حسب المريض- إجراء جلسات واتصالات توجيهية ومثبتة متعددة. إلا أنه لدى العدد الأكبر من المرضى يكفي جلسة (أولى) من هذا النوع ذات توجه قائم على حل المشكلة وبشكل أقوى على الوضع الراهن، كي يتم بعدئذ استخدام الخطوات والطرق التشخيصية المنصوح بها هنا قبل التخطيط الفردي للعلاج.

7- مثال حالة

تبلغ المريضة خلود 49 سنة من العمر، وأرملة منذ خمس سنوات، بعد أن اعتنت بزوجها المدمن على الكحول حتى موته. ولديها ثلاثة أولاد راشدين (20،22،23 سنة) يعيشون جميعهم معها في المنزل. تعمل في سلسلة مطاعم ستة أيام في الأسبوع. وتعمل ابنتها البالغة من العمر 23 سنة في بنك ولديها طفل بعمر السنة والنصف، لكنها لا تعيش مع أب الطفل. ويعمل ابنيها الآخران في مجال البناء ولديهما علاقات متغيرة وبشكل خاص لدى الأصغر منهما ميول تعلق بالمواد (الكحول، النيكوتين، القنب). لهذا تتهم المريضة نفسها لأنها كانت تعطيه بين الحين والآخر نقوداً كي يتمكن من شراء

العقاقير بسبب دخله الضئيل. كما تم إنذاره من الشركة بعدم التسامح مع إنجازه وسلوكه في العمل (تناول الكحول) والتغيب المتكرر عن العمل. أما الابنة فقد عادت للعمل منذ ثلاثة أشهر الأمر الذي يعني أن تعتني المريضة بالطفل الصغير حتى الساعة الثالثة بعد الظهر، قبل أن تذهب لعملها، حيث يبدأ عملها من الساعة الرابعة إلى الساعة الثانية عشر ليلاً. أما السبب الراهن للبحث عن المساعدة (بداية لدى الطبيب المنزلي) فقد كان الانفصال قبل سبعة أشهر عن رجل بسبب امرأة أخرى. ولم تستطع الخروج من ذلك وتشعر بجرح كرامتها، غير أنها تتهم نفسها ذلك أن الأولوية دائماً للأولاد والعمل والهموم حول أمور الحياة اليومية (الدخل) ولم تكن تهتم كثيراً بالشريك. إنها متوترة داخلياً باستمرار، ولا ترتاح، ونومها سيء جداً وتشعر أنها بلا قيمة وتتناول في هذه الأثناء الحبوب المنومة باستمرار، ولا تتوقع دائماً وفي كل مكان إلا الأسوأ، ولم تعد تنجز مهامها، وتشغل تفكيرها بأخطائها وتبكي بعدئذ (لوحدها في السرير)، وبإمكانها أن تنتحب باستمرار (وهو ما حصل مؤخراً بالفعل في خلاف في العمل).

في أثناء نموها تعلمت أن على الإنسان أن يساعد الآخرين ويتحفظ في حاجاته الذاتية، وبشكل خاص عندما يكون الآخرون في أزمة أو مرضى أو في وضع صعب. وتحملت خلال زواجها الكثير من الإهانات وسوء المعاملة الجسدية والنفسية من زوجها، والكثير من الإرهاقات المزمنة من خلال انهياره الجسدي اللاحق. كما أظهرت هذا النمط أيضاً قي عملها الراهن وذلك بأنها كثيراً ما كانت تعمل لوقت أطول من دون أجر لوجود الكثير من العمل أو بسبب غياب أحد الزملاء. وحتى تجاه صديقها القديم شعرت بالواجب. فهو يزورها في فترات متقطعة وبشكل خاص عندما لا يكون بخير أو عندما تفشل علاقته الجديدة أو عندما تكون له مشكلات مادية. عندئذ تكون المريضة كالمشلولة ولا تستطيع الصد وتدعمه على الرغم من أنها بعدئذ ترمي نفسها باتهامات حول سلوكها. وبما يشبه ذلك تتصرف مع إدارة البيت والوضع

السكني. فالأولاد الراشدون يعتمدون في كل شيء على المريضة (التنظيف والتسوق والغسيل والأجرة). وقد تصاعد هذا الآن - إلى جانب المهام الأخرى كلها- من خلال توليها رعاية حفيدها الصغير.

تحقق المريضة في الوقت الراهن "الطور الاكتئابي الانتكاسي" بشكل قوي، كما تحقق محكات شذوذات الشخصية (مكفوفة، غير واثقة، وسواسية، جامدة)، مع العلم أن مستوى أدائها الوظيفي على الرغم من كل الإرهاقات عال جداً. حصلت في مقياس بيك BDI على 43 درجة وعلى IDS على 40 درجة وفي DAS على 158 وحصلت في مقياس اليأس على 29 درجة ملفتة للنظر. وكانت درجتها على بروفيل قائمة الأعراض SCL-90 باستثناء مقاييس الزور والذهان مرتفعة، وحصلت فيء الشكاوى الجسدية النفسية على أعلى الدرجات الممكنة. إلا أن هذه الصورة المرضية لا تلاحظ لدى المريضة من الخارج، فهي تبدو في سلوكها غير ملفتة للنظر بداية، وأنيقة. وبداية في المجرى اللاحق يمكن أن تتخلى عن هذه الواجهة.

وظيفياً يمكن فهم الصورة المرضية (على مستويات الأشكال، أنظر جدول 1) كنتيجة للإرهاقات الراهنة (العمل، الحفيد، الانفصال)، والمزمن بشكل خاص (البيت، الأسرة، الأولاد، العمل، الدخل، الرعاية) والتي تواجه المريضة منذ زمن بعيد منذ سنوات مع التخلي عن حاجاتها الخاصة. قلما كانت ترتاح، ويقع على عاتقها مهاممتنوعة ولا يساندها أحد، بل هي متروكة في الغالب. وبما أن المحيط (الزوج في الماضي، الابنة، الحفيد، العمل، الابن، العشيق السابق) يلجأ دائماً للمريضة بصعوباته الخاصة، فإنه يتم تنشيط قناعاتها الخاصة ("لأزمات الآخرين الأولوية") واستعدادها للمساعدة ("إذا لم أساعد الناس فأنا إنسان سيء"). وهذا لا يحل على المدى البعيد المشكلات وإنما يقود للعبء الثقيل والإنهاك، الأمر الذي يريها - حسب تفسيرها- عجزها ويأسها أمام عينيها. فتستمر بالتخلي عن حاجاتها الأساسية وتنسحب من آخر الأمور الإيجابية الباقية من أجل مواجهة المطالب القائمة على الأقل، وتصبح أكثر

اكتئاباً. وهذا ما يشعره المقربين منها (الأولاد، عشيقها)، ويستجيبون بانتقاد واتهامات، وينسحبون في النهاية. وبهذا تقع المريضة في حلقة مفرغة من فقدان التعزيز والخبرات غير المفرحة، المرهقة فقط في الواقع، وفرط في المطالب وقصور واضح في السلوك الاجتماعي والتفاعلي وسلوك حل المشكلات والمطالب المرتفعة والمعايير تجاه الآخرين ونفسها، والتقليل من قيمة مشاعرها والإعزاءات المعطوبة.

لكنها تمتلك أيضاً موارد ونقاط قوة، لكنها لا تستطيع رؤيتها أو تغطيها بالحث الزائد والتقديرات الخطأ.

ومن هذا التشخيص القائم على العلاج انبثقت الأهداف العلاجية التالية:

1- التخفيف من الأعباء والتغلب على الإنهاك وبناء قوة مقاومة.
2- تطوير وبناء تصميم لليوم والأسبوع ممكنة التنفيذ تركز على التوازن بين الأحداث المرغوبة وغير المرغوبة.
3- تعلم إدراك الحاجات الخاصة والتمكن من السماح لرغباتها الخاصة.
4- تعلم مهارات مناسبة للتعبير عن هذه الحاجات وتوكيدها (تنفيذها) (في العمل، مع الأولاد).
5- معالجة الانفصال والحدود مع العشيق السابق.
6- تغيير القناعات الأساسية (الوعي بالواجب، الاستعداد للمساعدة، الإعزاءات المعطوبة (الذنب، اليأس).
7- تغيير الوضع السكني (انتقال الأطفال) ومهام الرعاية (الحفيد) والوضع المهني.

تم عرض المعلومات التشخيصية (الوصفية والوظيفية) على المريضة، وتوضيحها بتفصيل ومناقشتها استناداً إلى الأهداف المنبثقة عنها. وقد ساعدت الأهداف التي تمت صياغتها بشكل مشترك في النهاية في البدء بالعلاج (مضادات اكتئاب ومعالجة سلوكية استعرافية) وتبريره.

ومن المفترض للعلاج السلوكي الاستعرافي الناجح أن يتجلى في الانخفاض الواضح للأعراض الاكتئابية والجسدية (درجات BDI-,SCL-90) وفي الدرجة الواقعة ضمن الحد الطبيعي ل DAS، وتحسن بنية الحياة اليومية مع الخبرات التعزيزية، والتخفيف من الواجبات والمهام وتزايد الاتصالات الخارجية والمعرفة حول الميل لتحميل الذات فوق طاقتها واحتقار حاجاتها.

8- خلاصة واستنتاجات

تمثل المحكات الإجرائية (ICD-10, DSM-IV) لتقييم الاضطرابات الوجدانية خطوة جوهرية لتحسين التشخيص. ويمكن من خلال منظومات التشخيص هذه التعرف إلى أسباب الاكتئابات دون اللجوء إلى الأفكار والتخمينات النشوئية. وعلى هذا الأساس فقط كان ممكناً اليوم تطوير أدوات تقييم مبنية ومن ثم إخراج التقويم الإكلينيكي للمريض من الزاوية المشكلة "للحدس الإكلينيكي". بالنسبة للتعرف المبكر وتقييم الاضطرابات الاكتئابية الشديدة تم تطوير مقاييس على مستوى عال واعدة منهجياً لكل مجموعة عمرية، أثبتت نفسها على مستوى العالم.

كما تتوفر كذلك أدوات تقيس بشكل موثوق مظاهر خاصة للاضطرابات الوجدانية (كالقلق واليأس وأخطاء العزو والشكاوى الجسدية...الخ)، وتتيح تصوير التغيرات العلاجية. وبهذا يكتمل تحليل المشكلة والسلوك الأساسي لاتخاذ القرار والتخطيط للعلاج. وتشخيص الاكتئاب من دون التحليل الملموس لمجريات الحياة اليومية وأنماط التفاعل وتشكيلة الظروف الموقفية وأنماط التفاعل الاستعرافي والأهداف لم يعد تشخيصاً إكلينيكياً مقبولاً. (Nezu et al., 2000; Hautzinger & Meyer,2002). لقد حققنا اليوم في تشخيص الاكتئاب مستوى طرائقياً وإمبيريقياً لا يستهان به، ومازال يتسع لمكان كاف لتطويرات جديدة من خلال التمييز اللاحق الضروري للمجموعات التشخيصية الفرعية للاضطرابات الوجدانية ومن خلال

تطوير أدوات قياس نوعية. لقد ولى الزمن الذي كان فيه يتم التعرف (وغالباً لا يتم التعرف) على الاكتئاب بناء على الانطباع الإكلينيكي وعلى"المهارة التشخيصية"، لوحدها ويمثل اليوم حسب المستوى الراهن من المعرفة "خطأ فني".

جدول(5) عرض للتشخيص الملائم في الاضطرابات الاكتئابية

الفرز/ التعرف المبكر
دليل الإحساس بالعافية منظمة الصحة العالمية WHO 5 (Index of Well Being
المقابلة/ التصنيف
SCID (ICD-10)
أدوات أخرى (مستوى العرض)
الانتحارية (عوامل الخطر)
اليأس (مقياس اليأس)
الاتجاهات المعطوبة
التخطيط للعلاج\تحديد الهدف
التحليل الوظيفي للمشكلة
ملاحظة الذات (بروتوكول اليوم أو الأسبوع)
تدريج الأهداف
المرضى الكبار
مقياس الاكتئاب في الشيخوخة
الأطفال\اليافعين
اختبار اكتئاب للأطفال

صفحة زوجية فارغة

20-الانتحارية

سيلفيا شالر وأرمين شميدتكه

Sylvia Schaller & Armin Schmidke

1- مدخل
2- الوصف
   2.1 الوصف والتعريف
   2.2 الانتشار
3- نموذج التصرفات الانتحارية
4- التصنيف والتشخيص
5- التشخيص القائم على التعديل
   5.1 التقدير طويل الأمد لخطر الانتحار
   5.2 تقدير خطر الانتحار، قصير الأمد الحاد
6- بناء العلاقة
7- خلاصة

1-مدخل

يمثل الانتحار والميول الانتحارية في ألمانياً وغالبية الدول الأوروبية مشكلة اجتماعية كبيرة. فكل سنة ينتحر بين 10000 و11000 إنسان. أما عدد محاولات الانتحار فتبلغ عشرة أضعاف هذا العدد. وطبقاً لذلك فإن عدد الأشخاص الذين يقومون بتصرفات انتحارية كل سنة يصل في مجموعه إلى عدد سكان مدينة متوسطة الحجم. وتقع التكاليف المباشرة لمحاولات الانتحار بين 250–300 مليون يورو. وحسب اختيار طريقة محاولة الانتحار (كالحرق على سبيل المثال) وما ينجم عن ذلك من عواقب يمكن في الحالة الفردية أن تنشأ تكاليف إضافية (تقرير الصحة الألماني، 2008).

2- الوصف

يعد التعرف المبكر على خطر الانتحار شرطاً للوقاية الفاعلة من الانتحار، أي الخفض طويل الأمد للخطر الفردي للانتحار. إلا أن تقدير الدوافع والأسباب الكامنة خلف خطر التصرفات الانتحارية تتضمن من الناحية المنهجية مسائل معقدة جداً.

2.1 الوصف والتعريف

تطلق تسمية التصرفات انتحارية على الانتحار ومحاولات الانتحار بالمعنى الضيق. ويقصد بالانتحار[1] Suicide بشكل عام قتل الإنسان لنفسه عن سابق قصد، والناجح بوساطة تصرفات مطابقة وهادفة[2] (WHO\Euro,1986; O'Carroll et al, 1996).

وتتلق صعوبات تعريف "محاولة الانتحار" ضمن أمور أخرى من عرض مساحة مقاصد هذا السلوك، والتي تمتد مما يسمى بالتصرفات "الجدية"، المقصود بها القتل وانتهاء بالتصرفات "الاستغاثية"، غير الجدية (O'Carroll et al, 1996). ومن أشهر التعاريف وأكثرها انتشاراً في هذه الأثناء "تعريف إجرائي" لدراسة المراكز المتعددة للسلوك الانتحاري والوقاية منظمة الصحة العالمية-أوربا Multicentre Study on Suicidal Behavior and Prevention (WHO\Euro, 1986).

---

(1) مصطلح قتل النفسي Self murder والانتحار Suicide متطابقان من حيث المعنى. إلا أن غالبية باحثي الانتحار يرفضون اليوم هذا التشابه بسبب التضمين المرتبط بكلمة "قتل"، المتضمن أنه يكمن خلف القتل قصداً أدنى أو عملاً خبيثاً.

(2) الانتحار هو تصرف ذو نتيجة وخيمة (قاتلة) حيث يعرف المنتحر أو يتوقع النتيجة الوخيمة، يبدأ وينفذ بغرض إحداث التغيرات المرغوبة

"Suicide is an act with a fatal outcome witch the deceased, Knowing or expecting a fatal outcome, had initiated and carried out with the purpose of provoking the changes he desired" (WHO-1986)

السلوك الانتحاري: "تصرف بنهاية غير قاتلة يبدأ فيه الشخص بشكل مقصود بسلوك غير مألوف، قد يسبب من دون تدخل شخص ثالث أذى للذات، أو يتناول فيها مادة بجرعة أكبر من الجرعة الموصوفة أو تتجاوز الجرعة العلاجية عموماً وتهدف إلى إحداث تغيرات من خلال العواقب الراهنة أو المنتظرة".

كما تعد "أفكار الانتحار" و"التصريح بالانتحار" و"التهديد بالانتحار" من ضمن الطيف الكلي للانتحار وضمن التعريف الإجرائي له. ويصطدم التعريف الإجرائي لهذه التصرفات – على الرغم من أنه يبدو سهلاً للوهلة الأولى– في الحالة الملموسة بعدد كبير جداً من الصعوبات. ومن هنا فإن مساحة التحديدات الإجرائية المستخدمة واسعة جداً بالنتيجة. كما يوجد خلاف حول إلى أي مدى يمكن اعتبار السلوك "المهدم للنفس غير المباشر" من ضمن السلوك الانتحاري. ويقصد بالسلوك "الهدام غير المباشر في الغالب التصرف اتغير المرتبطة في العادة بمخرج قاتل ممكن مباشر، بل تلك التصرفات الفاعلة أو السلبية التي تقود في النهاية إلى الموت المبكر، كالإضراب عن الطعام أو عدم إتباع التعليمات الطبية أو الامتناع عن العلاج لدى الكبار في السن. كما أنه من الصعب تحديد مفهوم "الانتحار غير المباشر" أو "الانتحار المقنع Masked Suicide" أو "الانتحار المغطى Covert Suicide"، الذي يتصرف فيه الشخص بحيث ينشأ احتمال كبير بناء على تعاقب التصرفات بأن يقتل الشخص نفسه (De Leo et al., 2004).

2.2 الانتشار

في عام 2006 انتحر في ألمانيا 7225 رجل و2540 امرأة. وحسب الأعداد المطلقة فإن ألمانيا تقع في المركز الثالث في أوروبا. ولدى كبار السن حوالي 60 سنة هناك خطر خاص للموت بالانتحار: ففي حين تبلغ نسبتهم بالنسبة لمجموع السكان 60٪ فإن نسبة الموت بالانتحار تبلغ 44٪. والنساء في سنوات العمر المتقدمة أكثر عرضة للخطر من النساء الشابات؛ فكل ثاني انتحار في ألمانيا في هذا الوقت يكون امرأة بعمر60 سنة تقريباً

(NaSPro,2007). إلا أن الخطر المرتفع للتصرفات الانتحارية غير القاتلة (315/ 100000 لدى النساء الشابات بين 15–24 سنة)؛ (Schmidtike, Weinacker & Loehr,2004).

وهناك تقارير حول وجود خطر مرتفع لدى المرضى بأمراض نفسية أو جسدية أو كليهما: إذ توجد نسبة عالية من الانتحار بين في الفئات الفرعية الاكتئابية. وتشير دراسات الوفيات أن الاكتئاب يرفع من الخطر العام للموت إلى ثلاثة أضعاف (Zehng et al., 1997) حيث يتم ذكر الاكتئاب على أنه السبب الأساسي للموت. وقد أظهرت دراسة تحليل بعدي لـ 58 دراسة (ناطقة بالإنجليزية) أن خطر الموت بالنسبة للانتحار لدى مرضى بتشخيص الاكتئاب الأساسي أعلى بعشرين مرة من الاحتمال المتوقع، ولدى المرضى بتشخيص اضطراب ثنائي القطب كان الخطر أكثر بـ 15 مرة وفي عسر المزاج كان أعلى بـ 12 مرة (Harris & Barraclough,1997). أما الانتشار مدى الحياة بالنسبة للمنتحرين/ محاولات الانتحار فقد بلغ في عينة من المرضى من 11 مستشفى نفسي إيطالي (وقت القياس: كانون الثاني [يناير] حتى كانون الأول [ديسمبر] 2002) في الاضطرابات ثنائية القطب 42.6٪/ 31.1٪ وفي الاضطرابات أحادية القطب 50.0٪/ 23.9٪ (Balestrieri et al.,2006).

ويرتفع خطر التصرفات الانتحارية بشكل إضافي عندما توجد اضطرابات مختلطة، كاضطرابات ما بعد الصدمة (Oquendo et al.,2005) أو سوء استهلاك الكحول (Goldstein & Levitt, 2006). وهناك تقارير تشير إلى وجود تفاعل بين الجنس ومقدار استهلاك الكحول: ففي الاستهلاك المرتفع كانت التصرفات الانتحارية لدى النساء 45.5٪ ولدى الرجال 40٪، في حين أنه في الاستهلاك المنخفض يكون الرجل أشد تعرضاً للخطر (24.7 من النساء مقابل 28.2٪ لدى الرجال) (Goldstein & Levitt, 2006; Suominen,1996). ووجدت دراسة أمريكية علاقة إيجابية دالة بين استهلاك الكحول لكل شخص per capita ونسبة الانتحار لدى الرجال (Gruenewald et al., 1995). وتقدر اللجنة الوطنية الكندية للانتحار أن 15–18٪ من الكحوليين يقومون بالانتحار (National Task Force on Suicide, 1994).

ولم يتم برهان العلاقة بين السلوك الانتحاري واستهلاك العقاقير غير القانونية بشكل جيد، إلا أنه يبدو بشكل عام أن الانتحار لا يرتبط كثيراً بنوع المادة وإنما بعدد العقاقير المستهلكة (Borges et al., 2000). وإحدى المشكلات وبشكل خاص لدى المتعلقين بالعقاقير من اليافعين تكمن هنا في الفصل بين فرط الجرعة والسلوك الانتحاري. ومن هنا فإنه يتم الافتراض بسبب نسب الانتحار الحالية حول قتلى العقاقير وقتلى الانتحار أنه بين عدد القتلى السنويين بالعقاقير "يختبئ" عدد لا بأس به من المنتحرين (تشير تقديرات BKA وجود 30٪) (Schmidtke et al.,1993).

مجموعة خطر أخرى للسلوك الانتحاري هم المرضى الذين يعانون الذهان الفصامي. فقد أظهر تحليل بعدي لـ 15 دراسة بين سنة 1978–1997 نسب موت معيارية بالنسبة للانتحار من 3.3 حتى حوالي 60، مع العلم أن النسب لدى المرضى اليافعين (تحت 30 سنة) كانت أعلى (De Hert & Peuskens, 2000). ويشير ليستر (Lester,2006) في تحليل بعدي لنسبة مئوية متوسطة من الانتحار تبلغ 37.7٪ لدى المرضى بالفصام الذكور (نسبة الموت 0.50٪) و26.6٪ (نسبة الموت 0.20٪) لدى النساء المريضات بالفصام. إلا أن قسم من الخبراء يرى أن الخطر المقدر بين 30–40 ضعف للتصرفات الانتحارية مقارنة مع السكان عموماً (Caldwell & Gottesman,1002) هو تقدير عال جداً. فليس كل قتل للنفس عند مريض فصامي يمكن النظر إليه على أنه انتحار بالمعنى الحقيقي، وإنما يمكن أن يقوم به المريض في إطار التصورات الهذيانية من دون قصد بقتل النفس. كذلك الحال في الاضطرابات النفسية الأخرى يتم تسجيل نسباً مرتفعة للتصرفات الانتحارية. فحوالي 25٪ من مرضى الاضطرابات القهرية يقرون بمحاولات انتحار (Torres et al.,2006) وفي دراسة إيطالية على مرضى باضطرابات الشخصية وجدت نسبة مقدارها 26.6٪ تمتلك أفكار انتحار، و10.5٪ محاولات انتحار (Balestrieri et al., 2006).

كما وجدت دراسات تسجيل الحالات في البلدان الاسكندينافية نسبة تصل إلى

17٪ من الانتحار لدى أشخاص يعانون من أمراض وخيمة. ويرتبط الانتشار كما هو متوقع مع سن المعنيين. ويبدو أن النسبة تكون في أشدها لدى مرضى السرطانات على سبيل المثال في السنة الأولى بعد التشخيص (Croccetti et al., 1998).

3- نموذج للتصرفات الانتحارية

ترتبط مع التعرف المبكر على التصرفات الانتحارية وبشكل وثيق مشكلة وجود نموذج عمل للتصرفات الانتحارية. فقد ساد لفترة زمنية في أبحاث الانتحار نموذج المتصل (الاستمرارية) للتصرفات الانتحارية. وهنا تم افتراض أن الأشكال المختلفة للسلوك الانتحاري - أفكار الانتحار، التصريح بالانتحار، التهديد بالانتحار، محاولات الانتحار، محاولات الانتحار المتكررة، الانتحار- هي عبارة عن تجليات لميل وحيد موجود بدرجات مختلفة، يتمثل في "إرادة الموت". وقد تم تخمين أن الفروق بين التصرفات الانتحارية المختلفة تكمن في شدة هذه الرغبة "إرادة الموت". وبهذا لم ينظر لمحاولات الانتحار على أنها شكلاً "بارزاً" كثيراً، وإنما أكثر على أنها "نسخة كربونية شاحبة Pale Carbon Copies" (Neuringer, 1962) للانتحار. وقد يعني هذا بأنه يمكن من حيث المبدأ تعميم النتائج التي تم الحصول عليها من مرضى مع محاولات الانتحار على الانتحار. وقد انطلقت المبادئ التشخيصية بالاختبارات بشكل خاص من مبدأ الاستمرارية.

إلا أن نتائج البحث الإمبيريقية ترجح أنه يكمن خلف التصرفات الانتحارية نموذج انقطاع Discontinuity model. إذ لابد من النظر للأشكال المختلفة من التصرفات الانتحارية على أنها ظواهر ذات أسباب ووظائف ومجرى ونتيجة مختلفة. وطبقاً لذلك تختلف المؤشرات بالنسبة للأنواع المختلفة من التصرفات الانتحارية (Beautrais, 2004). وهو أمر يؤثر بشكل معيق على تشخيص التصرف الانتحاري.

4- التشخيص التصنيفي

على الرغم من الأهمية التي تعزى في هذه الأثناء للتصرفات الانتحارية المنعكس سواء في استراتيجيات منظمة الصحة العالمية أم الاتحاد الأوروبي (اللجنة الأوروبية 2004 على سبيل المثال) فلا وجود للانتحار أو التصرفات الانتحارية كوحدة تصنيفية مستقلة (بمعنى "المرض") لا في الدي.أس.أم. الرابع ولا الآي.سي.دي. العاشر. إذ يتم اعتبار الانتحار ومحاولات الانتحار على أنها تصرفات وغالباً ما تصنف كأعراض في الاضطرابات الوجدانية أو الإدمان أو بعض اضطرابات الشخصية. أما طرق الانتحار فقد تم ترميزها في الآي.سي.دي. العاشر ضمن الفصل العشرين XX "العوامل الخارجية للإمراضية وأسباب الوفاة" بوصفها "الأذى المتعمد للذات" (X60-X84). ويعد الانتحار هنا على أنه أقرب "للفئة الباقية" هذا إذا أمكن استبعاد الأسباب الطبيعية للنوم والحوادث والموت من خلال الاعتداء.

5- التشخيص القائم على التعديل

يقوم تشخيص السلوك الانتحاري بشكل عام على التقدير.

أ - الخطر طويل الأمد لمريض ما بناء على عوامل خطر معينة للقيام بتصرف انتحاري،

ب- الخطر قصير الأمد الحاد لمريض ما بناء على موقف أزمة للقيام بتصرف انتحاري.

5.1 التقدير طويل الأمد لخطر الانتحار

غالباً ما يتم التقدير طويل الأمد لخطر الانتحار العام لدى شخص ما (بمعنى الفرز Screening) من خلال تحديد عوامل الخطر العامة أو تقييم سمات الخص "انتحارية المنشأ Suizidogen Person Traits"

5.1.1 عوامل الخطر

دُرست عوامل الخطر للسلوك الانتحاري بشكل جيد إلى حد ما. وهي آتية في الغالب من الدراسات الجائحية كالدراسة متعددة المراكز لمنظمة الصحة العالمية-أوروبا للسلوك الانتحاري WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behavior المستمرة منذ عام 1989 في 26 مركز أوروبي (Schmidtke et al.,2004). ومن عوامل الخطر للسلوك الانتحاري يمكن تعداد على سبيل المثال لا الحصر السن[1] والجنس[2] والأمراض النفسية (كالاكتئاب على سبيل المثال) والإدمان (كالكحول على سبيل المثال) والمتغيرات الاجتماعية، كالانفصال والموت والوحدة والظروف المدرسية والمهنية (كالبطالة والإرهاق). ومن عوامل الخطر المهمة تعد التصرفات الانتحارية السابقة بما في ذلك إيذاء النفس (Chitsabesan et al., 2002; Cooper et al., 2005; Gutierrez, 2006).

وغالباً ما تتألف الأدوات لتقدير عوامل الخطر العامة مما يسمى قوائم الخطر المبنية على أساس عوامل الخطر، من خليط من المتغيرات التاريخ حياتية والتقديرات التي يقوم بها المقيمون للتكيف الاجتماعي والمظاهر السيكوباثولوجية والتشخيصات الطبية النفسية. ويتم تقييم "خطر" التصرف الانتحاري من خلال مجموع متغيرات الخطر التي يتم إعطائها أوزاناً مختلفة حسب أهميتها.

وتوجد قوائم خطر مختلفة (أنظر جدول 1)، وتعد قوائم كيلهولتز (Kielholz,1067) وبولدنغر (Poeldinger,1986) من أشهرها في المحيط الناطق بالألمانية. ويمكن تقويم الصدق التنبؤي بالنسبة لقوائم الخطر وفق الدراسات حتى الآن بأنه أقرب للمتشائم،

---

(1) يوجد تفاعل بين السن ونوع السلوك الانتحاري: للشبان نسبة عالية من محاولات الانتحار، وكبار السن نسبة عالية من الانتحار.

(2) نسبة محاولات الانتحار لدى النساء أعلى ونسبة الانتحار لدى الرجال أعلى.

إلا أنه هنا علينا أن نأخذ بعين الاعتبار أنه غالباً ما تتم معالجة غالبية المرضى الذين يحملون خطراً عالياً للانتحار، مما يؤثر على التنبؤ بالتصرفات الانتحارية. ففي دراسة لكورتس ومجموعته (Kurz et al.,1988) تمت فيها مقارنة ستة قوائم خطر مع بعضها أمكن تحقيق حساسية تبلغ 0.75 في غالبية الحالات فقط مع نوعية كانت أقل من 0.50، أي عند التنبؤ الصحيح بـ 75٪ من التصرفات الانتحارية كان هناك أكثر من 50٪ من الأشخاص المقبولين بشكل إيجابي خطأ (غير انتحاريين، ولكنهم صنفوا على أنهم انتحاريين).

الجدول (1): أدوات لقياس خطر الانتحار[1]

مقاييس خطر	الاختصار	المؤلف
مقياس تقدير إمكانية الانتحار Suicide Potential Rating Scale	SPRS	Litman & Farberow (1961)
مقياس لتقيم خطر الانتحار Scale for Assessing Suicide Risk	SASR	Tuckman & Youngman (1986)
مقياس إمكانية الانتحار Suicide Potential Scale	SPS	Wenz (1977)
SAD-PERSONS Scale	SAD-PS	Son et al., (1983)
مقياس إمكانية الانتحار Suicide Potential Scale	SPS	Cull & Gill (1983)
أدوات قياس		
استبيان لتقييم خطر الانتحار Scale of Assessment of Suicide Risk (Fragebogen zur Beuteilung der Suizidgefahr)	FBS	Stork (1972)

(1) تم ذكر الأدوات التي غالباً ما يتم اقتباسها في المراجع أيضاً.

مقاييس خطر	الاختصار	المؤلف
مقياس نية الانتحار Suicide Intent Scale	SIS	Beck et al., (1974)
مقياس لأفكار الانتحار Scale for Suicide Ideation	SIS	Beck, Kovacs & Weiswman (1079)
استخبار السلوك الانتحاري استخبار السلوك الانتحاري المعدل Suicide Behaviors Questionnaire Revised Suicide Behaviors Questionnaire	SBQ SBQ-R	Linhan (1981) Linhan (1996)
قائمة أساب للحياة (نسخة مختصرة أيضاً أو نسخة للطلاب) Reasons for Living Inventory	(L)RFLBRFL CSR:I (College-stud.)	Linhan et al., (1983)
مقياس أفكار الانتحار المعدل Modified Scale for Suicide Ideation	MSSI	Miller et al. (1986)
مقياس تقييم الانتحار Suicide Assessment Scale	SUSA	Stanley et al., (1086)
مقياس تقدير الذات للأفكار الانتحارية Self-Rated Scale for Suicide Ideation		Beck et al., (1988)
مقياس احتمالية الانتحار (ملائم منذ سـن 14) Suicide Probability Scale	SPS	Cull & Gill (1988)
قائمة التوجه نحو الحياة Life Orientation Inventory	LOI	Kowachuk & King (1988)
مسح هاركافي وأسسن للانتحار Harkavy Asnis Suicide Survey	HASS	Harkavy Friedman & Asnis (1989)
مقياس أفكار الانتحار Suicide Ideation Scale	SIS	Rudd (1989)
مقياس بيك للأفكار الانتحارية Beck Scale for Suicide Ideation	BSI	Beck & Steer (1991)

مقاييس خطر	الاختصار	المؤلف
مقيـــاس الميـــول الانتحاريـــة متعـــدد الاتجاهات (خاص لليافعين) Multi-Attitude Suicide Tendency Scale	MAST-A	Orbach et al. (1991)
استخبار أفكار الانتحار للكبار Adult Suicidal Ideation Questionnaire	ASIQ	Reynolds (1991)
استخبار السلوك الانتحاري للأطفال Suicidal Behaviors Questionnaire for Children		Cotton & Range (1983)
مقياس المراقبة الذاتية لأفكار الانتحار Self-Monitoring Suicidal Ideation Scale	SMSI	Clum & Curtin (1993)
مقياس فايرستون فويس للأفكار الذاتية الهدامة Self-Monitoring Suicidal Ideation Scale	FAST	Firestone (1996)
قائمة أسباب الحياة للمراهقين The Reasons for Living Inventory for Adolescents	RFL-A	Osman et al. (1998)
قائمة الأفكار الانتحارية الإيجابية والسلبية Positive and Negative Suicide Ideation Inventory	PANSI	Osman et al. (1998)
قائمة التوجه نحو الانتحار–30 Inventory of Suicide Orientation-30	ISO-30	King & Kowalchuk (1994)
توثيق أساسي Basic Documentation		
تقديرات التخلص من الخطر في تقييم الانتحار Risk Rescue Ratings in Suicide Assessment		Weisman & Worden (1974)
التوثيق الأساسي للسلوك الانتحاري Basic Documentation for Suicidal Behavior		Kulessa et al., (1984)
مسح هاركفي آسنس للانتحار Harkavy Asnis Sicide Survey	HASS	Harkavy Friedman & Asnis (1989)

وفي المجال الإكلينيكي يمكن أن تكمن قيمة قوائم الخطر بشكل خاص في أنها ترفع درجة انتباه المعالجين للمرضى الذين لديهم عوامل خطر وإعطائها إشارات مهمة للمجموعات الفرعية التي ينبغي أن يتم لديها إجراء فحص دقيق لخطر الانتحار الراهن بتعمق.

5.1.2 خصائص الشخص "انتحارية المنشأ"

يوجد عدد كبير من الدراسات التي أرادت، برهان أهمية متغيرات الشخص المنفردة لنشوء السلوك الانتحاري والتي غالباً ما تمت بوساطة دراسات ارتباطية. وقد أظهرت دراسة تحليل بَعْدي(Schmidtke & Schaller, 1994) بأن هناك بالفعل عدد من متغيرات الشخص التي تتباين بشكل مشترك مع السلوك الانتحاري أو أن هذه المتغيرات كانت شديدة الوضوح لدى المرضى بعد محاولة الانتحار (أنظر جدول 2). وغالباً ما يتم استخدام أدوات إكلينيكية (سواء إسقاطية أم سيكومترية)، إلا أن قيم المنتحرين اللاحقين لم تكن في الغالب مختلفة بشكل دال عن مجموعة ضابطة سليمة أو عن العينة المعيارية. وكذلك في دراسات لبروفيلات الاختبارات (من نحو مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI) لمجموعات بتصرفات انتحارية مختلفة ظهر البروفيل "الأكثر طبيعية" الذي قلما انحرف عن العينة الضابطة الطبيعية، لدى المرضى الذين انتحروا لاحقاً والمرضى ذوي محاولات الانتحار المقصودة القاتلة. أما البروفيل "الأكثر مرضية" فقد ظهر لدى المرضى ذوي التهديد بالانتحار (Schaller & Schmidtke, 1990; Daigle,2004).

غير أنه لدى التحليل الدقيق للدراسات المنفردة غالباً ما لوحظ أنه غالباً ما تم فحص المرضى قبل أو بعد محاولة الانتحار بوقت قصير وتم استخدام أشخاص طبيعيين كمجموعات ضابطة على الأغلب. ومن خلال ذلك لا يمكن الإجابة عن السؤال فيما إذا كانت المتغيرات المقاسة هي متغيرات شخصية ثابتة أو هي أقرب للمتلازمات، ولا عن السؤال فيما إذا كان المقاس هو سمات نوعية للأشخاص الانتحاريين أم مجرد ارتباطات عامة للاضطرابات النفسية (Schmidtke & Schaller,1992).

أظهرت دراسة لقياسات في أوقات متعددة حول تباين متغيرات الشخص المختلفة والأنماط الاستعرافية في مجرى المرض لدى المرضى المعالجون مركزياً مع محاولات انتحار ومن دونها، بأن كل المتغيرات تقريباً تبدو بأنها متعلقة بالوقت ومن ثم غالباً بالوجدان أيضاً (Schmidtke et al., 1989; Schmidtke & Schaller,1992). ومن خلال ذلك قلما يمكن اعتبارها عوامل تأثير سببية مستقلة.

ويبدو أن متغيرات اليأس والاندفاعية تمثل استثناء من هذه المتغيرات. فاليأس يفهم على أنه نتيجة للتوقعات المستقبلية السلبية وأسلوب جامد وثنائي من التفكير. ويتوقع أن تكون هذه التوقعات السلبية ثابتة ومقاومة للتغيير أيضاً لدى الأشخاص المعرضين للانتحار (Alloy et al., 1999).

وتظهر عدة دراسات طولية على مرضى بتصرفات انتحارية مختلفة (أفكار انتحار، محاولات انتحار) وتشخيصات مختلفة أن لليأس صدق تنبؤي مرتفع للتصرفات الانتحارية اللاحقة (Beck, Brown, Steer,1989; Beautrais,2004). وتعزى للمركبات الدافعية لليأس بشكل خاص ("الاستسلام") ارتباط مع النوايا الانتحارية (Hill et al., 1988; Aish & Wasserman, 2001). إلا أن مقدار اليأس يتغير في مجرى المرض ارتباطاً بمقدار الاكتئابية (Schmidtke et al., 1989). بالإضافة إلى ذلك يبدو أن اليأس يترافق بدرجة خاصة مع ميول الخداع dissimulation Tendency والمرغوبية الاجتماعية (Schller & Schmidtke, 1988; Ivanoff & Jang, 1991). وطبقاً لذلك فإن وقت الفحص التشخيصي على درجة كبيرة من الأهمية. وعلى أساس النتائج المتوفرة يمكن فقط اعتبار مقدار اليأس المقاس في أثناء الأزمة وبفاصل زمني ضئيل من التصرف الانتحاري كمؤشر لاحتمالية التصرفات الانتحارية المستقبلية. وبهذا فإن هذه المتغيرة من الشخصية لا تقدم أية معلومات إضافية بأن التصرفات الانتحارية بالتحديد تمثل مؤشرات فاعلةpotent للتصرفات الانتحارية المستقبلية.

ونجد براهين لفرضية الارتباط بين الاندفاعية والسلوك الانتحاري في عدد من

الدراسات (Baca-García et al., 2001). ويقصد بالأسلوب الاستعرافي "الاندفاعية Impulsivity" (مقابل "الارتدادية Reflexivity") السلوك الذي يتصف بحماس استعرافي عال وتمثل سريع للمعلومات لكنه غير دقيق ويقود إلى تقصير التباعد بين نزوة التصرف Act impulse وتنفيذ التصرف، الأمر الذي يجعل من آليات التحكم غير فاعلة إلى مدى بعيد (Kagan,1965). وقد أمكن إيجاد علاقات مع النتائج البيوكيماوية (استقلاب منخفض للسيروتونين وانخفاض في قيم[1] 5-HIAA؛ قارن على سبيل المثال Fritze,1992; Traeskman-Bendz & Mann,2000). فكثير من التصرفات الانتحارية وبشكل خاص الشبان يندفعون متسرعين، من دون التفكير بالعواقب بعيدة المدى (Conner et al., 2004). وغالباً ما تترافق الاندفاعية مع نقص في القدرة على رؤية الإمكانات البديلة من الحلول الأمر الذي يزيد من تسهيل حصول السلوك الانتحاري. ويبدو أن مقدار الاندفاعية ثابت كفاية ليتيح بشكل ليس صدفة استخلاص طروحات تنبؤية حول التصرفات الانتحارية (Schmidtke 2t al., 1989); (Schmidtke & Schaller, 1993). ومن هنا يمكن أن يكون مقدار الاندفاعية مؤشراً أساسياً للتصرفات الانتحارية (المتكررة) وبشكل خاص لدى اليافعين وفي الرشد المبكر (Dougherty et al.,2004).

---

(1) 5-Hydroxyindoleacetic acid (هيدروكسي أندول حمض الخل) إحدى مستقلبات metabolite السيروتونينفي السائل الدماغي :في التجارب التي تُجرى على البشر لا يستطيع الباحثون عادة الوصول إلى السيروتونين داخل جوف الدماغ عند المستهدَفين subjects في التجارب، وبدلا من ذلك فإنهم يبزلون tap السائل المخي ـ الشوكي من العمود الفقري، ويقيسون تركيز حمض الهيدروكسي إندوليستيك ـ 5-hydroxyindoleacetic،HIAA ـ 5) الذي يتم إنتاجه عندما يُستنفد السيروتونين ويتكسر بفعل خميرة أكسيد المونوأمين .MAO ويقوم السيرتونين بمهمته، من خلال ارتباطه بأي من المستقبلات العصبية المختلفة التي ينوف عددها على ستة، والتي يبدو أن كلا منها يؤدي وظيفة تختلف عما يقوم به سواه.

إن المستويات المنخفضة من الحمض (HIAA–5) التي تُشاهَد بصورة متكررة لدى مرتكبي جرائم عنف، يمكن أن تشير إلى نقص السيروتونين في الدماغ، أو ندرة أكسيد المونوأمين ـ في الوقت الذي يمكن أن تكون فيه مستويات السيروتونين عالية لديهم. فضلاً عن ذلك، فإن السيروتونين يمكن أن يرتفع أو ينخفض، في مناطق عديدة من الدماغ في أوقات مختلفة، محدثا آثارا مختلفة تماما.

جدول (2): تباين متغيرات الشخص والسلوك الانتحاري

+: مرتفع؛ -: منخفض؛ =: لا يوجد فرق		
الاندفاعية	أفكار الانتحار محاولات الانتحار تكرار محاولات الانتحار الانتحار	+ + + =
الصلابة Rigidity	أفكار الانتحار محاولات الانتحار الانتحار	+ + =
الانطوائية\الانبساطية	مريض انتحاري أذى الذات	+/ - +/ -
الذهانية	أفكار الانتحار محاولة الانتحار	+ +
التفكير الثنائي	أفكار الانتحار محاولة الانتحار انتحار	+ + =
التعلق بالمحيط	أفكار الانتحار محاولة الانتحار انتحار	+ + =
العدوانية	مريض انتحاري أذى الذات	+ +
الاكتئابية	أفكار الانتحار محاولات الانتحار انتحار	+ + +

قناعات الضبط (مركز الضبط)	محاولة الانتحار انتحار	– –
مشاعر القيمة الذاتية	أفكار الانتحار محاولة الانتحار انتحار	– – –
رؤى مستقبلية سلبية	أفكار الانتحار محاولة الانتحار انتحار	+ + +
اليأس	محاولة الانتحار انتحار	+ +
عدم الاستقرار الانفعالي	أفكار الانتحار محاولة الانتحار تكرار محاولات الانتحار إلحاق الأذى بالذات	+ + + +
سمة القلق	محاولة الانتحار تكرار محاولات الانتحار	+ +

ويشار في السنوات الأخيرة كذلك إلى نقص في القدرة على التمكن من إدراك الأحاسيس الانفعالية بصورة ملائمة وتنظيمها (Linehan, 1993). ويعزى هذا النقص في القدرة إلى العوامل البيولوجية (هنا توجد علاقة مع الاندفاعية) من جهة، ومن جهة أخرى لتاريخ التعلم. أما عواقب عدم القدرة هذه على تنظيم الانفعالي فهي في الغالب النقص في استراتيجيات مواجهة الإرهاق أو استراتيجيات الإرهاق غير الملائمة، والتي غالباً ما تقود (عبر التعلم وفق النموذج) إلى الانسحاب من المواقف والحالات المنفرة (المقيتة) وتزايد استخدام التصرفات المؤذية للنفس والانتحارية.

5.2 تقدير خطر الانتحار الحاد، قصير الأمد

عند تقدير الخطر الانتحاري الحاد ينصح بربط الأدوات والمتغيرات المختلفة في تحليل وظيفي فردي للسلوك مستخلص من نموذج تفاعلي فوقي. ولا بد لهذه النموذج الفردي للسلوك من أن يشمل على كل الظروف الداخلية والخارجية اللازمة لفهم السلوك المؤذي للنفس أو الانتحاري. ومن ضمن ذلك يقع التحديد الدقيق لمستويات السلوك والظروف المثيرة والمحافظة على الاستمرار والعوامل الشخصية والعضوية الدائمة.

5.2.1 تقييم السلوك الانتحاري (R)

يفترض لتحليل السلوك المؤذي للنفس والانتحاري أن يشمل كل أشكال السلوك: المستوى الحركي– اللفظي والاستعرافي والفيزيولوجي والانفعالي.

فعلى المستوى الحركي–اللفظي (Rm) يتم تسجيل صفات السلوك الانتحاري: نوع التصرف الانتحاري (أفكار الانتحار، محاولة الانتحار، الانتحار "الفاشل")، الطريقة المستخدمة (على سبيل المثال ترميز–X على ICD-10)، الشدة احتمالية الخطورة[1] Lethality Potential للدواء المستخدم، عدد الأدوية المتناولة على سبيل المثال)، تكرار التصرفات الانتحارية حتى الآن. وفي الأفكار الانتحارية لابد بشكل خاص من تحديد (تقييم) مدى واقعية التخطيط (على سبيل المثال التفكير بالطريقة والنوع)، ومستوى التحضير (كجمع الأدوية على سبيل المثال) والأفكار التي تجعل المرء مازال محافظاً على الحياة).

وتعد المعلومات حول اختيار الطريقة ومكان التصرف الانتحاري والإجراءات

---

(1) إلا أنه على المرء أن يحذر من استنتاج "جدية" التصرف الانتحاري من خطورة الطريقة Lethality of Method. مبدئياً ينبغي أخذ كل تصرف انتحاري على محمل الجد.

المتخذة ضد اكتشاف التصرف الانتحاري وتقدير خطورة التصرف (تقدير ذاتي وخارجي) مهمة جداً لتقدير الرغبة بالموت بشكل خاص. وتختلف ترتيبات محاولات الانتحار بقصد التأثير على الأشخاص عن محاولات الانتحار بقصد الموت على سبيل المثال. ففي الحالة الأولى غالباً ما يتم الإعلان عن محاولة الانتحار مسبقاً للأشخاص المهمين – وكذلك امتحان اتجاه شريك المحادثة نحو الانتحار–، ويتم تنفيذه عندما يكون الأشخاص المرجعيين المهمين الذين يفترض أن يؤثر سلوك الانتحار عليهم وأن يدفعهم لتعديل سلوكهم، موجودين أو من السهل حضورهم ليتمكنوا من تقديم المساعدة. ومن ناحية أخرى ظهر أنه في محاولات الانتحار ذات القصد القاتل يتم اختيار أماكن مجهولة أو حتى بلدان أخرى للتنفيذ ويتم اتخاذ إجراءات ضد الاكتشاف المبكر.

وعلى المستوى الاستعرافي (Rk) يمكن تعداد عمليات تقييم ودوافع ومقاصد التصرف الراهن. وهنا يفترض بشكل خاص تحديد الأفكار التي تمنع من التصرف الانتحاري (توقع التأثيرات على الأطفال، مراعاة أفراد الأسرة[1])

ويشمل المستوى الفيزيولوجي (Rp) الاستجابات الجسدية للمثيرات الخارجية (الداخلة والخارجية) والداخلية كالمثيرات الاستعرافية على سبيل المثال. ويمكن بمساعدة هذه المعلومات على سبيل المثال التمييز بين التصرفات المؤذية للنفس في إطار اضطرابات الشخصية الحدودية الأقرب لأن تهدف إلى استثارة الذات Self stimulation أو لتحقيق الاتزان homeostasis وبين التصرفات الانتحارية.

وضمن المستوى الانفعالي (Re) يقع إدراك هذه الاستجابات الفيزيولوجية بوصفها انفعالات مصبوغة سلبياً أو إيجابياً. فالمزاج الأقرب للمسترخي (الهادئ) أو حتى الصافي في الأزمات أو بعدها مباشرة بشكل خاص يمكن أن يكون دلالة مهمة أن

---

(1) معرفة أن قتل النفس محرم في الإسلام وأن المنتحر مصيره جهنم على سبيل المثال.

ما يسمى "بالمرحلة المتناقضة Ambivalent Phase"التي مازال يتأرجح فيها المريض بين "إرادة الحياة والموت" قد مرت وأن القرار بالانتحار قد اتخذ.

ويمكن الحصول على هذه المعلومات من خلال المقابلات في الغالب. ويمكن أن يكون التوثيق الأساسي Basic Documentation مفيداً في التوثيق والتصنيف (Kulessa et al., 1984; Schaller et al., 1987). وفي دراسات أحدث يشار باضطراد إلى أن تقييم العوامل الواقية مهم أيضاً لتقدير خطر الانتحار (Gutierrez,2006). وكذلك في مقاييس التقويم الإكلينيكي الموجودة في غالبيتها بالنسبة للمحيط الناطق بالألمانية يتم الحصول على مثل هذه المعلومات (أنظر جدول 1). ومن أكثر المقاييس شهرة واستخداماً والتي لهذا السبب سنقوم فيما يلي بعرضها بتفصيل هي مقياس الأفكار الانتحارية Scale for Suicide Ideation التي طورها بيك ومجموعته (Beck, Kovacs & Weissman,1979). فعلى 21 بند يقوم مقابلون مدربون بتقييم مقدار خطر الانتحار على مقياس ثلاثي الدرجات من صفر حتى 2. ويتم جمع البنود التسعة عشرة الأولى (صفر حتى 38). إضافة إلى ذلك يتم على بندين تحديد حدوث incidence وتكرار محاولات الانتحار السابقة. ويحتوي مقياس الأفكار الانتحارية خمسة بنود فرز تقيس الرغبة بالحياة وبالموت وبالقيام بالانتحار. وبداية عندما تتم الإجابة بنعم عن الرغبة السلبية أو الفاعلة للقيام بالانتحار يتم قياس البنود الباقية. وقد تم تعيير مقياس الأفكار الانتحارية على مرضى داخليين وخارجيين. والاتساق الداخلي وثبات المقيمين عال كفاية (Beck, Brown & Steer,1997). ويميز مقياس الأفكار الانتحارية بين المرضى المعالجين داخلياً وخارجياً وبين مرضى مع محاولات انتحار والمرضى من دون محاولات انتحار (Mann et al.,1999). ويعد مقياس الأفكار الانتحارية من بين القليل من الأدوات المبرهن صدقها التنبؤي. فالمرضى الذين يعدون بناء على درجاتهم العالية من بين مجموعة الخطر العالي يمتلكون خطراً أكثر بسبعة أضعاف للقيام بالانتحار من مجموعة الدرجات المنخفضة الخطر (Brown et al., 2000). وقد تم تطوير سلسلة مقاييس بديلة على أساس مقياس الأفكار الانتحارية، من بينها مقاييس تقدير ذاتي

أيضاً (مقياس بيك لأفكار الانتحارBeck Scale for Suicide Ideation) (Beck & Steer,1991). ويشبه بناء الأداة مقياس الأفكار الانتحارية واتساقه الداخلي عال كفاية، والثبات الزمني خلال أسبوع واقع في المجال المتوسط. ويوجد صدق تطابقي كبير مع مقياس أفكار الانتحار (0.90–0.94)، مما يشير إلى أن نوع العرض غير مهم بالنسبة لاستجابة المريض.

وفي مقدمة التصرفات الانتحارية غالباً ما نجد ما يسمى "بعلامات الإنذار" يمكنها أن تشير إلى خطر بادئ بالانتحار. ومن الأمثلة التراجع المفاجئ في الإنجاز لدى التلاميذ، وتجميع الأدوية أو الارتفاع المفاجئ لمراجعات الطبيب.

وغالباً ما تتم المساواة بين إشارات الإنذار وعوامل الخطر، إلا أنه لابد من فصلها نظرياً ومفاهيمهاً عن بعضها. "فإشارات الإنذار" هي إشارات فردية في الغالب الأمر الذي يكاد لا يوفر حتى الآن أية معلومات حول الصدق والخصوصية والحساسية. وهي غالباً ما تستند إلى تأثيرات قصيرة الأمد. بالإضافة إلى ذلك فهي غالباً ما تكون مشوبة بأعراض اضطرابات أخرى وبشكل خاص بأعراض الاضطرابات الاكتئابية (Rudd,2003). وتتوفر معلومات واسعة حول إشارات الإنذار من خلال وسائل الإعلام، وبشكل خاص في الانترنت. غير أنه لا يوجد تطابق كبير بين "القوائم" المختلفة، التي نجدها في الانترنت، وبسبب العدد الكبير من إشارات الإنذار المذكورة لا يشار إلا إلى خصوصية منخفضة (Mandrusiak et al, 2006).

وقد قامت مجموعة من خبراء AAS بتطوير قائمة من إشارات الإنذار العامة المعروفة (Rudd,2006). إلا أنه وعلى الرغم من القصور المنهجي فيما يتعلق بالتشخيص طويل الأمد للانتحار يمكن أن تقدم "علامات الإنذار" هذه دلائل مهمة بمعنى الوقاية من الانتحار، وذلك من خلال زيادة الانتباه إلى إمكانية التصرفات الانتحارية ومن ثم إلى البدء بإجراء الفحص التشخيصي لخطر الانتحار الراهن.

5.2.2 الظروف المثيرة (S)

غالباً ما يكون المثير المحدث للتصرف الانتحاري موقفاً حياتياً حاصراً، يبدو لا مخرج منه، يعيش فيه الشخص المشكلات وكأنها غير قابلة للحل. وهنا يمكن أن يتعلق الأمر بتطور طويل أو بقرار قصير الأمد على حد سواء.

ومن الظروف المثيرة للتصرفات الانتحارية على سبيل المثال الأحداث الحياتية الراهنة المرهقة، المواقف الاجتماعية ومواقف الأزمات أو حالات الأزمة، التي يريد أن يتخلص منها المعني ولا يبدو فيها أي تغير ممكناً من خلال إجراءات أخرى. إلا أن التوتر الناجم عن المرهقات عملية فردية ومتنوع جداً (Welz et al.,1988).غير أنه قد ظهر أنه فيما يسمى "بالذكرى" (من نحو الذكرى السنوية لموت الشريك) على سبيل المثال هناك احتمال كبير أن يتم القيام بتصرف انتحاري. ومن هنا فإنه من الضروري – إلى جانب قياس الإرهاقات الراهنة– قياس مثل هذا النوع من المعلومات.

5.2.3 الظروف المحافظة على الاستمرارية (C)

التصرفات الانتحارية تستمر وتتشكل بشكل خاص من خلال الظروف اللاحقة (العواقب). ففي التصرفات الانتحارية ذات القصد القاتل يتم من خلال التصرف الانتحاري توقع القضاء – بشكل غير قابل للرجعة– على صعوبات الحياة الراهنة (بمعنى التعزيز السلبي). فلم يعد هناك أي توقع للحصول على المساعدة من المحيط. أما التعزيز الإيجابي فقد يكون إما المكافأة المتوقعة من الجانب الآخر، في الاستشهاد على سبيل المثال، أو الاتحاد المتوقع بالمحبوب، أو تصور استجابات المحيط (كالحزن والندم والإعجاب على سبيل المثال) بعد الانتحار. أما في المحاولات الانتحارية[1]ذات القصد

(1) ينبغي لوصف التصرفات الانتحارية على أنها وظيفية، أي على أنه سلوك يتغير بناء على نتائج محددة، ألا يقود إلى الاستنتاج أن تتم معاقبة (كما يحصل إلى حد ما في الرأي العام) هذا السلوك بمعنى تقييم أخلاقي (سلبي). إذ لا يمكن الافتراض أن شخص ما ذو تصرفات انتحارية مستقبلية يفكر في سره كيف يمكنه البحث عن مكاسب له من خلال استخدام "خدعه".

الاستغاثي فتحتل العواقب الواقعية أو المتوقعة من المحيط الاجتماعي مركز الصدارة. فالفرد يحاول الهروب بصورة قصيرة الأمد من وضع حياتي يشعر أنه منفر (مقيت) (هنا نجد في الغالب إشارات للأشخاص المرجعيين بالرغبة في "الهدوء"، "الراحة") أو في عدم الحصول على المساعدة في المشكلات التي يقدر الشخص بأنه غير قادر على حلها بقوته الذاتية. وعلى الرغم من أن القصد هنا لا يكون الموت، إلا أنه يؤخذ بالاعتبار. بالإضافة إلى هذه الظروف المعززة السلبية يمكن أن تؤثر استجابات المحيط أيضاً على شكل تعزيز إيجابي، عندما يحصل المزيد من الاهتمام بعد محاولة الانتحار على سبيل المثال (تلخيص لدى شميدتكه، 1988). ففي الظروف التعزيزية وبغض النظر عما إذا كان التعزيز متوقعاً داخلياً أم موجوداً خارجياً ترتفع احتمالات التصرفات الانتحارية المستقبلية. وعادة ما يتم توقع الآثار المرغوبة من المنتحرين بشكل صحيح.

إلا أن العواقب التالية للتصرف الانتحاري تتعلق بشكل جوهري بالتقييم الثقافي والاجتماعي لهذه التصرفات. ففي مجتمعنا الغربي فإن تأثير الاستغاثة فاعل جداً في الغالب، بسبب سيطرة "الخوف" من التصرف الانتحاري على الرغم من الاتجاه المتناقض في بعض الأحيان. فعندما لا يمكن توقع الاستجابات الإيجابية للاستعداد للمساعدة فإن إعلان الانتحار ومحاولاته أقرب للنادرة (Bronisch, 1995). ومن هنا يمكن لعدم الاهتمام بالإعلان بالانتحار أن يقوي الاتجاه من جانب المنتحر، بأنه لا يوجد شخص يهتم به، ويقود إلى إعادة تشكيل للسلوك باتجاه طريقة انتحار أشد فتكاً.

إلا أنه علينا التمييز بين الآثار قصيرة الأمد وبعيدة الأمد. إذ يمكن وصف السلوك الانتحاري عموماً على المدى القصير بأنه سلوك "فاعل" مائة بالمائة تقريباً، لأن المحيط يستجيب مباشرة. أما على المدى البعيد فإن السلوك الانتحاري يستثير بدرجة عالية من الاحتمال لدى الشركاء الاجتماعيين سلوكاً اجتماعياً غير مناسب. فالمنتحر يتسبب بالانسحاب لدى الشريك الاجتماعي من خلال تصرفاته الانتحارية (Schiller,1979). ويتناقص المفعول فيما يتعلق بالتأثير على سلوك الأشخاص الآخرين

من خلال السلوك الانتحاري. ويمكن عندئذ أن تحصل الحلقة المفرغة Circulus vitiosus التي وصفها رينغل (1969) في المتلازمة ما قبل الانتحارية، حيث يصبح الموقف من خلالها بالنسبة للانتحاري غير قابل للحل. ومن هنا فإن الملاحظة المتمثلة في أن محاولات الانتحار تستمر في التشكل، أي تصبح أكثر تهديداً – ومن ثم أكثر فتكاً وفي النهاية قد تقود للانتحار، ممكنة من الناحية النظرية التعلمية.

ومن هنا فإن الحصول على "تاريخ التعزيز" واستجابات المحيط المتوقعة من المريض والموجودة على التصرفات الانتحارية الراهنة مهمة جداً عند تقدير خطر الانتحار.

5.2.4 الظروف الشخصية

عند توضيح لماذا تصبح ظروفاً موقفية محددة غير محمولة بالنسبة للفرد ويتم اللجوء للتصرفات الانتحارية بالتحديد كإستراتيجية لحل المشكلات، فإن الظروف الداخلية Intra Psychic ("العضوية" أو "متغيرات الشخص"، الذخيرة السلوكية) – بالتفاعل مع تاريخ الحياة الفردي (توفر النماذج على سبيل المثال)- التي تتكامل سواء مع الظروف المثيرة والعواقب على حد سواء تلعب دوراً خاصاً. ويمكن هنا إلى جانب ("المستوى النشوئي") البيوعصبي أو المظاهر السيكوباثولوجية ("مستوى الاضطراب") ذكر البنى الشخصية أو الاستعرافية أيضاً ("مستوى أنماط السلوك الراسخة")، التي تتباين مع القدرة على رؤية المشكلة بشكل مناسب وحلها ("مستوى السلوك") (Schaller & Schmidtke, 2000,2002)

ومن هنا على التشخيص أن يقيم الأمراض النفسية عموماً (من خلال المقابلات المبنية أو الاستبيانات على سبيل المثال). ففي كثير من الاستبيانات خصوصاً تلك التي تقيس الاكتئاب توجد أسئلة متفرقة لتقدير الانتحارية الراهنة (مثال: هل فكرت بإمكانية الانتحار؟") (GHQ; Hobi et al., 1989). وبالنسبة للمحيط الناطق بالألمانية تم

تصميم استبيان لقياس السلوك المؤذي للنفس (Stocrk,1972)، يهدف إلى قياس المتلازمة الاكتئابية-الانتحارية.

وإلا أنه للأسف لم يتم تطوير بعض الاستبيانات لقياس السلوك الاندفاعي لدى الراشدين. أما في المحيط الناطق بالإنجليزية فهناك مقياس بارات للاندفاعية Barratt Impulsivity Scale (Patton et al., 1995) وتتوفر منذ وقت قصير مقابلة معيرة لقياس السلوك الاندفاعي (التاريخ الحياتي للسلوك الاندفاعي Lifetime History of Impulsive Behaviors) (Schmidt et al., 2004) لها سمات سيكومترية جيدة. أما اختبار كاغان للأشكال الأسرية المتناغمة "Matching Familiar Figures Test (Kagan, 1965) فهو أداة غير لفظية لقياس السلوك الاندفاعي. وهناك طريقة أخرى لتقدير السلوك الاندفاعي تتمثل في تقديرات الوقت، لأنه لوحظ أن الناس الاندفاعيين يبالغون في تقدير الوقت المنصرم (Wingrove & Bond,1997).

ومن المهم بشكل خاص توضيح ذخيرة السلوك، أي فيما إذا كان يتوفر للمريض تقنيات ملائمة لحل المشكلة بالأصل وقدرات في التعامل مع المرهقات (على سبيل المثال من خلال استبيانات تمثل الإرهاق) أو كفاءات اجتماعية. وبما أنه تعزى للتعلم وفق النموذج دوراً مهماً في "اكتساب" التصرفات الانتحارية الخاصة - "أثر فيرتر[1] Werther Effect"مبرهن اليوم بشكل جيد (Schmidtke & Schaller,2000)-فإنه

---

(1) تطلق هذه التسمية في أبحاث التأثير الإعلامي على ظاهرة مبرهنة علمياً، بأن المنتحرين الذين يتم ذكر قصصهم بتفصيل في الإعلام يستثيرون عدداً لا بأس به من أفعال التقليد.

ويرجع المفهوم إلى ظهور موجة انتحار بعد نشر غوته روايته بعنوان "معاناة الشاب فيرتر" في عام 1774. وهذه هذه الرواية قصة مؤثرة في حياة جوته والتي أبدعها عقب تعرضه لمأساة غرامية، ففي "فتزلار "كان الحب الثاني في حياة جوته بانتظاره، فهناك تعرف على فتاة تدعى شارلوت، أحبها جوته كثيراً، ولكنها كانت خطيبة أحد أصدقائه، وتألم في حبه لها، فقام بتخليد هذا الحب في روايته الشهيرة "فرتر" والتي تعد واحدة من أهم روايات جوته وأكثرها انتشاراً، وعبر من خلالها عن تجربته الشخصية من خلال بطلا لرواية ولكن البطل أقدم على الانتحار في النهاية، وقد حازت هذه الرواية على إعجاب الشباب وتعاطفوا مع ألم العاشق فرتر. وقد انقسم

لابد من الاستفسار عن السلوك الانتحاري في المحيط.

6- بناء العلاقة

يبدي التفاعل لدى المرضى ذوي السلوك المؤذي للنفس والانتحاري بعض الخصوصيات. وعموماً لابد من أخذ كل تصرف انتحاري على محمل الجد، لأنه له أهمية وظيفية ويمثل علامة على حل غير مناسب للمشكلة. ولابد للأساس أن يكون الاهتمام التعاطفي المتقبل بغض النظر عن السلوك الذاتي الهدام. ولابد من الإيصال للمريض بأنه غير مرفوض بسبب تصرفه وعلى المعالج أن يقبل إذا ما بدت محاولة الانتحار من وجهة نظر المريض على أنها مفيدة. كما يحتاج المرضى بعد محاولة انتحار إلى تحفيز وإدارة نوعيتين. فلا بد للمعالج من أن يتطرق لأفكار ومخططات الانتحار وإدراك التصرفات الانتحارية بشكل فاعل. ولابد أن يحصل الاتصال بعد محاولة الانتحار بصورة مبكرة قدر الإمكان، حتى وإن لم يكن المريض قادراً على الاستجابة بشكل كامل بعد، لتجنب تأثير ميول الإخفاء dissimulation (الخادعة) عند التشخيص للتصرف الانتحاري. ولا يجوز للاتصال بين المعالج والمريض أن ينقطع ولابد أيضاً أن يتولاه المعالج، إذا ما قام المريض بإهمال المواعيد. وعلى المعالج الحفاظ بدقة على الاتصالات المتفق عليها.

المنتحرون إلى قسمين، فبعضهم ارتدى الثياب التي تشبه ثياب شخصية فيرتر (المكونة من منديل رسمي أزرق، وصدرية صفراء وسروال قصير من الجلد وحذاء أفطس وقبعة لباد مدورة رمادية)، في حين حمل آخرون في موتهم المختار كتاب غوته معهم. وقد تحدث المرء في ذلك الوقت عن "حُمّى فيرتر". ولم يكن غوته نفسه يتوقع هذا التأثير لكتابه. فقد كتب لاحقاً "وهكذا تشتت أصدقائي بأن اعتقدوا أنه على المرء أن يحول الملحمة لواقع [...] وأطلقوا النار على أنفسهم: وما حصل هنا في البداية بين القليلين حصل بعد ذلك لدى الجمهور العريض".

وقام مجلس مدينة لايبزغ في عام 1775 بمنع رواية فيرتر بعد اكتشاف الحالات الأولى من الانتحار مبرراً ذلك "يباع هنا كتاب يحمل عنوان معاناة الشاب فيرتر. وهذا العنوان هو نصيحة للانتحار". كما تم منع ارتداء زي فيرتر. واستمر المنع حتى عام 1825. كما تم منع الرواية في مدن أخرى لمنع انتشار التقليد.

7- خلاصة

لقد ظهر في السنوات الأخيرة بأنه لا يمكن تفسير السلوك الانتحاري من خلال "نموذج اضطراب" ولا من خلال نموذج وظيفي كل على حدة. وبداية فإن توليف هذه المبادئ في نموذج تفاعلي متعدد الأبعاد يوسع الفهم والتشخيص وإمكانات العلاج للانتحارية المزمنة والحادة.

وبشكل عام يمكن الاستنتاج أنه لا يمكن التعرف على الأشخاص الانتحاريين خارج الأزمات الانتحارية بوساطة الفحوص السيكومترية. ومن هنا فإنه لا يمكن استخدام هذه الأدوات على شكل أدوات فرز وقائية. إلا أنه في مجرى الأزمة فإن قيم الأشخاص الانتحاريين في كثير من المتغيرات "أكثر مرضية" من مرضى الطب النفسي غير الانتحاريين. وقد يرتبط هذا أيضاً مع الميول المنخفضة للخداع dissimulation، ذلك أن المرضى في الأزمات الانتحارية غالباً ما لا يمتلكون الحاجة لعرض أنفسهم بطريقة مرغوبة اجتماعياً. وتتغير ميول الخداع هذه بشكل عام خلال أسبوع بعد التصرف الانتحاري. ومن هنا يفترض أن يتم إجراء الفحص التشخيصي خلال أقرب وقت من التصرف الانتحاري قدر الإمكان.

والقياس المباشر للصدق التنبؤي للأدوات التشخيصية المنفردة مستحيل تقريباً، لأن واجب التدخل عند التعرف على إمكانية تصرف انتحاري ما مفروض لأسباب أخلاقية.

لابد للإجراءات العلاجية أن تغير الظروف التي تقود إلى استخدام التصرفات الانتحارية كإستراتيجية لحل المشكلات. وبهذا المعنى تهدف التقنيات العلاجية النفسية (إلى جانب العلاجات الدوائية الملائمة عند وجود اضطراب نفسي كامن خلف التصرفات الانتحارية) إلى رفع قدرات التوجيه الانفعالية والاستعرافية وإلى مهارات أفضل في حل المشكلات.

21-المخاوف والرهابات

أندريا إيرتله وسيلفيا شنايدر ويورغن مارغراف

Andrea Ertle, Silvia Schneider & Juergen Margraf

1- مدخل

2- الوصف والانتشار والاختلاطية

3- تصنيف المخاوف والرهابات

3.1 التشخيص التصنيفي لاضطرابات الهلع ورهاب الأماكن العامة

3.2 التشخيص التصنيفي للرهابات الاجتماعية

3.3 التشخيص التصنيفي للرهابات النوعية

3.4 التشخيص التصنيفي لاضطرابات القلق المعمم

4- التشخيص القائم على التعديل للمخاوف والرهابات

4.1 اضطرابات الهلع ورهاب الأماكن العامة

4.2 الرهابات الاجتماعية

4.3 الرهابات النوعية

4.4 اضطرابات القلق المعمم

5- طرق الفحص

5.1 التصنيف

5.2 أحجار بناء استمرارية المخاوف

5.3 عوامل تأثير أخرى

5.4 مجرى العلاج

6- الإجراء التشخيصي

6.1 الانطباع العام وبناء العلاقة

6.2 التشخيص التصنيفي والتشخيص التفريقي العضوي

6.3 تحليل المشكلة

7- خلاصة واستنتاجات

1-مدخل

يعد القلق من أكثر الشكاوى التي يراجع بسببها المرضى للعلاج. فهو يمكنه أن يكون عارماً في شدته ويترافق مع عدد كبير من الأعراض الجسدية الكثيفة. إلا أن القلق كذلك هو شعور غير نوعي بدرجة كبيرة، يظهر في سياق الكثير من الشكاوى النفسية (قارن Wittchen & Vossen,2000). وعليه فليس مرضى القلق هم وحدهم ممن يشكون من مشاعر القلق وإنما كذلك المرضى بشكاوى فصامية أو اكتئابية أو سيكوسوماتية واضطرابات طعام(Margraf, Heidmeier & Spoerkel, 1990).

إلا أنه وقبل كل شيء فإن القلق عبارة عن شعور سليم ومهم، وظيفته الحفاظ على البقاء كإشارة إلى خطر مهدد. وكل هذا يبرز أهمية إجراء تحليل دقيق قبل بدء معالجة القلق. إذ أن الأمر يحتاج تبيين،

أ - إلى أي مدى يظهر القلق بدرجة غير مناسبة أو فيها مبالغة أو غير منطقية

ب- وما هو السياق الذي تظهر فيه اضطرابات القلق؛ وهنا لابد أيضاً من توضيح ما هو الشكل الخاص الموجود داخل مجالات اضطرابات القلق.

وبالنسبة للتخطيط للعلاج لابد بعدئذ من توضيح العناصر المنفردة لنموذج التفسير الذي يتم منه اشتقاق منطق المعالجة.

سنقوم في هذا الفصل بوصف الإجراء التشخيصي وإمكانات تحديد صور اضطرابات الهلع ورهاب الأماكن العامة والرهاب الاجتماعي والرهابات النوعية واضطراب القلق المعمم لدى الراشدين (قارن McGlynn, Smitherman & Mulfimger,2006). وفيما يتعلق باضطرابات القلق الأخرى والتشخيص لدى الأطفال نحيل القارئ إلى الفصول المعنية في هذا الكتاب.

2-الوصف والانتشار والاختلاطية

تشكل اضطرابات القلق إلى جانب الاكتئابات والتعلق بالمواد الشكل الأكثر انتشاراً من الاضطرابات النفسية. وتظهر اضطرابات القلق لدى النساء ضعف ظهورها لدى الرجال، وتقع قمة الظهور الأول في سن الرشد المبكر. ويقدم الجدول (1) عرضاً لانتشار 12 شهر ومتوسط السن بدء الاضطرابات المعروضة هنا، كما ذكرت في تقرير الصحة الاتحادي. وهنا يبدو أن انتشار السنة ملائم لتقدير الانتشار مدى الحياة، إذا أن اضطرابات القلق تسير بشكل مزمن في الغالب (على عكس الاكتئابات التي تسير بشكل طوري).

جدول (1): انتشار 12 شهر ومتوسط السن عند بداية اضطرابات القلق لدى الرجال والنساء (عن فيتشن وياكوبي، 2004)

نوع اضطراب القلق	التكرار ٪		السن بالسنين	
	الرجال	النساء	الرجال	النساء
رهاب الأماكن العامة	1.0	3.1	27.5	26.0
اضطرابات الهلع	1.7	3.0	35.2	29.2
الرهابات النوعية	4.5	10.8	19.4	14.9
الرهابات الاجتماعية	1.3	2.7	19.4	22.7
اضطرابات القلق المعمم	1.0	2.1	39.3	33.6
اضطرابات قلق (غير محددة بدقة)	1.9	4.9	22.9	19.0
أي اضطراب	9.0	19.5		

يتجلى الانفعال "القلق" في استجابات متنوعة (قارن نموذج المركبات الثلاثة للانغ Lang,1968). ففي المجال المعرفي يتجلى القلق من خلال تضيق الإدراك والتفكير، وذلك من خلال حصر التركيز على منبهات الخطر. أما السلوك فيتصف بالهرب

والتجنب، الذي يتجلى من خلال الجري أو الجمود على سبيل المثال. ومن الناحية الفيزيولوجية يتصف القلق بتنشيط الجهاز الودي، مما يؤدي على سبيل المثال إلى أعراض جسدية كتسرع القلب أو التعرق أو تسارع التنفس أو الارتجاف.

غير أن الفجوة بين مستويات الاستجابات غالباً ما تكون واسعة، وهو ما تطلق عليه تسمية اللاتزامن Desynchrony (Rachman & Hodgson,1974; Hodgson & Rachman,1974). فقد يبدو على سبيل المثال شخصاً تعلم ضبط النفس هادئا خارجياً ويقر في الوقت نفسه أنه يشعر بالقلق الشديد، أي على الرغم من وجود القلق الذاتي والاستثارة الفيزيولوجية فإنه لا يبدي أي سلوك ملحوظ (كالهرب على سبيل المثال). ومع ذلك فلا يمكن اختزال أي من المستويات الثلاثة إلى أحدها؛ بل لابد في العملية التشخيصية والتخطيط للعلاج أخذ أعراض المستويات الثلاثة كلها دائماً بعين الاعتبار.

ومن أجل التمكن من تشخيص اضطرابات القلق فإننا فلا بد حسب الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم.DSM-IV-TR من ألا تكون الأعراض النمطية المميزة ناجمة عن سبب جسدي كأمراض الغدة الدرقية على سبيل المثال ولابد للمعاناة المسببة وعواقب السلوك أن تضر بوضوح بإدارة الحياة والقدرة الوظيفية للشخص المعني.

كما يمكن لاضطرابات القلق المختلفة أن تظهر بشكل مشترك مع اضطرابات نفسية أخرى. وبالارتباط مع الحقيقة القائلة أن كثير من المعنيين لا يرون أحاسيسهم علامات على القلق وإنما على أنها علامة على مرض جسدي غير معروف فإن الاختلاطية العالية تصعِّب من التشخيص والعلاج الصحيحين. فعلى سبيل المثال تترافق اضطرابات القلق والهلع مع الاكتئابات بنسبة تتراوح بين 50-60٪، ومع الرهاب الاجتماعي بنسبة 15-30٪ ومع الرهابات النوعية بنسبة 10-20٪ ومع القلق المعمم بنسبة 25٪ وغالباً ما تترافق مع سوء استخدام الأدوية والكحول (قارن بيانات الدي.أس.أم.-DSM-IV

TR). كما أن سوء استهلاك الكحول والأدوية من أكثر عواقب اضطرابات القلق انتشاراً (قارن فيتشن وياكوبي، 2004).

وعلى الرغم من بعض الأصوات الناقدة التي تشكك بالفصل الواضح بين اضطرابات القلق ذاتها أو بين اضطرابات القلق و اضطرابات أخرى وبشكل خاص الاكتئاب (قارن Hallam,1985; Helmchen & Linden,1986; Stavarkaki & Vagro, 1986) فهناك عدد كبير من الدلائل على وجود فروق بين الاضطرابات المختلفة في صورة التجلي وفي ظروف النشوء والاستمرارية وفي العلاج، بحيث أن التفريق مفيد مبدئياً، وبالشكل الذي سيتم عرضه فيما يلي استناداً إلى الدي.أس.أم.DSM-IV-TR.

تظهر نوبات الهلع في سياق اضطرابات القلق المختلفة. غير أنه من أجل تشخيص اضطراب الهلع يعد ظهور نوبات غير متوقعة من القلق، في بداية الاضطراب على الأقل، سمة لازمة. وغالبية مرضى الهلع يتذكرون بشكل ممتاز أول نوبة غير متوقعة لهم بحيث يمكن بسهولة فحص هذا المحك في الجلسة. أما نوبات الهلع في سياق اضطرابات نفسية أخرى فهي بالمقابل أشد ارتباطاً بالموقف.

ويتعلق سلوك التجنب في رهابات الأماكن العامة في إطار اضطراب الهلع مع رهاب الأماكن العامة بالخوف من نوبات الهلع، في حين أن سلوك التجنب في اضطرابات القلق الأخرى الموصوفة هنا يرتبط بالخوف من مواقف أو مواضيع معينة. فإذا ما اقتصر سلوك التجنب عند مريض ما على المواقف الاجتماعية، فيمكن من خلال محتوى المخاوف التمييز بين نوبات الهلع مع رهاب الأماكن العامة (على سبيل المثال الخوف من نوبة قلبية) والرهاب الاجتماعي (الخوف من التقويم السلبي من قبل الآخرين). بالإضافة إلى ذلك لا يذكر الرهابيون الاجتماعيون نوبات القلق غير المتوقعة في تاريخ مرضهم. وحتى عندما قد يظهر الخوف من الفضيحة في رهاب نوعي أو في اضطراب القلق المعمم، فإنه لا يحتل مركز الصدارة في صور الاضطرابات هذه. بالإضافة إلى ذلك يختلف الأشخاص برهاب نوعي عن الأشخاص بغالبية اضطرابات

القلق الأخرى في أنهم قلما يظهرون قلقاً استباقياً معمماً خارج الموقف الرهابي، ما لم تكن المواجهة مع مثير الموقف المخيف شديدة الاحتمال.

3- تصنيف المخاوف والرهابات

3.1 التشخيص التصنيفي لاضطرابات الهلع ورهاب الأماكن العامة

(DSM-IV-TR:300.01 & 300.22; ICD-10: F41.0, F40.0 & F40.01)

العلامة الرئيسية لاضطرابات الهلع هي نوبات الخوف أو الهلع المتكررة أو القلق الدائم من مثل هذه النوبات. ونوبات الهلع عبارة عن حالات من الخوف المكثف أو الضيق الشديد تظهر فجأة وتترافق مع عدد كبير من الأعراض الجسدية والنفسية والشعور بالخطر المهدد. وتستمر في المتوسط حوالي 30 دقيقة ولكن يمكن أن تكون أقصر بكثير. وأهم الأعراض هي خفقان القلب أو عثرة القلب أو تسرعه والدوخة أو الدوار وضيق التنفس وآلام البطن والمعدة والتعرق والارتجاف وآلام الصدر والشعور بالضيق (الحجر على الصدر)، والخوف من الموت وفقدان السيطرة أو من الجنون واغتراب الشخصية أو اغتراب الواقع. وتظهر كثير من نوبات الخوف بشكل "عفوي" أو بصورة غير متوقعة، أي أنها تنشأ من دون سبب واضح بالنسبة للمريض ولا ترتبط بصورة منتظمة بمواقف محددة (كقيادة السيارة، أماكن التسوق، المصاعد على سبيل المثال).

وبالنتيجة غالباً ما يحصل سلوك التجنب، ويقيد المرضى من أسلوب حياتهم، فلا يعودون يذهبون للأماكن التي عانوا فيها من نوبة خوف.

وعندما يستثار جزء من النوبات على الأقل موقفياً وينشأ سلوك تجنب فإن هذا يدل على رهاب الأماكن العامة. وفي العادة يتم تجنب المواقف التي قد تكون مزعجة بشكل خاص أو قد تكون مهددة ذاتياً بحصول نوبة خوف. (عندما تتم استثارة نوبات الهلع فقط عند المواجهة مع مثير محدد، فإنه يوجد رهاب نوعي، رهاب الكلاب على سبيل المثال).

مثال حالة: "....وخوف من الموت، اعتقدت أني لابد وأني ميت"

"كنت مع صديقتي في طريقنا للتسوق، أي في السيارة. وعندما وصلنا إلى السوق، كنا نتحدث، ساءت حالتي فجأة دفعة واحدة. أي من الرأس حتى البطن، إلى الركبتين، وكأنه سيغمى علي في أية لحظة. تسرع في القلب، انحرفت إلى جانب الطريق، وتوقفت. وقلت لصديقتي: لم أعد قادراً، حالتي تعبانه. على أن أذهب مباشرة للطبيب. ضيق في الصدر وصعوبة في التنفس وخوف من الموت؛ فكرت أني سوف أموت. لقد كنا في الأطراف، أي لسنا في وسط المدينة مباشرة، بل في طرفها. وعرفت أيضاً بشكل من الأشكال أنه لا يوجد طبيب قريب في المنطقة. لقد أدركت ذلك بشكل ما، على الرغم من أن صديقتي قالت أنها ستنظر للخارج لتبحث عن أي لوحة لطبيب ما موجود، لكن لم تكن هناك أية لوحة...جلست لفترة وكان القلق شديداً جداً، وكان الخوف مستمراً من أن أسقط مغشياً علي. بعدئذ تمنيت لو أغادر بسرعة كبيرة قدر الإمكان، للبيت. أي إذا ما لم أكن قادراً على الوصول لطبيب ما فللبيت على الأقل. وبعد برهة فكرت سأحاول على الأقل الوصول للبيت. شغلت السيارة وعدت، وما أن سرت حوالي 100 إلى 200 متر تقريباً عاد ثانية، في وسط التقاطع بدأ. إلا أني عرفت هنا أني قريب من محطة القطارات وفيها مستوصف. ذهبنا هناك وصففت السيارة، أخذتني صديقتي هناك، الأعراض نفسها، خوف من الموت ثانية. بعدئذ بدأت أرتجف، وبردت كالثلج، وبكيت. قاست الممرضة ضغط الدم وقالت: "كل شيء طبيعي". وبعدئذ بفترة أدركت بأنه لم يكن هناك أي شيء جسدي، لم يكن مرضاً. ولم أتمنى سوى أن أذهب إلى المستشفى. حضرت بعدئذ سيارة إسعاف وانطلقت إلى المستشفى. وبالطبع قاسوا ضغط الدم وخططوا القلب وكان علي الانتظار. بعدئذ عاد الطبيب وقاس ضغط الدم ثانية وخطط القلب وكان كل شيء طبيعياً. وفي هذه الأثناء شعرت بالتحسن أيضاً. وعندما كنت داخل المستشفى واهتم بي الطبيب تحسنت حالتي إلى حد ما ولابد لي أن أضيف إلى ذلك بأن حالتي هذه كانت بعد كل إقامة في المستشفى

في الغالب. في سيارة الإسعاف لم أشعر بالتحسن كفاية، ولكن بمجرد أن وصلت المستشفى تحسنت حالتي. ولكن عندما كان علي الانتظار فترة عاد كل شيء ثانية. الضيق والألم. ولكن بمجرد أن أشعر أن الطبيب عاد تعود حالتي للتحسن ثانية" (من شنايدر ومارغراف، 1998أ).

3.2 التشخيص التصنيفي للرهاب الاجتماعي

(DSM-IV-TR:300.23; ICD-10: F40.1)

يقصد بالرهاب الاجتماعي الخوف غير المناسب والشديد وتجنب المواقف التي يكون فيها المريض مع الناس الآخرين ويكون معرضاً من خلال ذلك لإمكانية التقويم بالمعنى الواسع. ويخشى المعنيون من الفشل، من أن يجعلوا من أنفسهم سخرية أو أن يهانوا بسبب سلوكهم غير اللبق. ويمكن للرهابات الاجتماعية أن تكون محددة بصورة ضيقة (كالخوف من التحدث علناً) أو قد تشمل جزءاً كبيراً من الأنشطة البين إنسانية على حد سواء. ومن المميز للمرضى أنهم يظهرون قلقاً توقعياً، إذا كانت تنتظرهم مواجهة اجتماعية.

مثال حالة: الخوف في شركة العلاقات العامة

حضرت دكتورة في التربية بناء على نصيحة زميلاتها لجلسة استشارة. فهي تعمل مستشارة منذ نصف سنة في شركة علاقات عامة. وكانت قد حصلت على شهادة الدكتوراه بمساعدة منحة، وحققت النجاح في أطروحتها. ومنذ بدء عملها عانت باطراد من مخاوف الفشل. فعند الحديث مع الزبائن وتقديم العروض كانت تعاني من خفقان القلب والتعرق وهبات حرارة ودوار. كانت تشعر بأنها ليست هي وتخاف من أن يحمر وجهها وأن تتلعثم فجأة وأن تفقد السيطرة. وعلى الرغم من أنها وعلى الرغم من أنها نفسها كانت تعرف أن عملها يلقى التقدير من زملائها في العمل إلا أنها كانت

تخشى مراراً الفشل وأن تفضح نفسها. وفي بداية العلاج فكرت فيما إذا كان من الأفضل لها أن تستقيل من عملها الجديد هذا. كانت في الماضي تتجنب قدر ما تستطيع المحاضرات والنقاشات في السيمنارات. وفي أثناء تحضيرها لأطروحتها كانت تقضي أغلب الوقت في البيت. إلا أنه منذ بداية عملها هذا كانت مضطرة لمواجهة كثير من الناس وغالباً كانت محط الأنظار. وأصبح القلق من مثل تلك المواقف يكبر باطراد في الأشهر الأخيرة، بحيث أنها لم تكن تتقبل الدعوات من الزملاء إلا فيما ندر، وإذا كانت مضطرة فقد كانت تقبلها بقلق كبير (Schneider & Berghaendler,2005).

3.3 التشخيص التصنيفي للرهابات النوعية

(DSM-IV-TR:300.29; ICD-10: F40.2)

يبدي المرضى بتشخيص رهاب نوعي خوفاً مستمراً ومزعجاً ومكثفاً من مواضيع أو مواقف معينة أو يتجنبونها. ويستثنى من ذلك الخوف من نوبات القلق المفاجئة (أنظر متلازمة الهلع) والمواقف الاجتماعية (أنظر الرهاب الاجتماعي). وأغلب الرهابات تتمركز حول الحيوانات (كالعناكب والأفاعي والكلاب)، والمرتفعات والأماكن الضيقة والطيران ورؤية الدم والإصابات والحقن. وفي الدرجة الخفيفة غير الإكلينيكية فإن هذه المخاوف تنتشر بين السكان بكثرة؛ إلا أن المخاوف لدى الرهابيين تكون شديدة إلى درجة أنها تلحق الأذى بالحياة وتسبب المعاناة الكبيرة.

3.4 التشخيص التصنيفي للاضطرابات القلق المعمم

(DSM-IV-TR:300.02; ICD-10: F41.1)

تطلق تسمية اضطرابات القلق المعمم على المخاوف أو الهموم المستمرة أو غير الواقعية أو المبالغ بها. وعادة ما تدور المخاوف حول مجالات حياتية مختلفة (كالعمل والدخل والشريك). أما الأعراض الجسمية النموذجية فهي الاستثارة المرتفعة والمستمرة والعصبية والتوتر وفرط التيقظ أو الشكاوى الإعاشية. إلا أن الهم المستمر

لا يستند إلى محور آخر من الاضطراب، من نحو القلق من نوبة هلع أو من التخجيل في موقف عام على سبيل المثال.

مثال حالة: "آمل ألا أتأخر!"

حضرت المريضة البالغة من العمر 26 سنة للجلسة الأولى متوترة وقبل الموعد بنصف ساعة. وقالت أن نومها كان سيئاً في الليلة السابقة، لأنها خشيت من ألا تلحق بالقطار المسافر إلى (م) وأن تتأخر عن موعدها للجلسة العلاجية. وقالت أنها تعاني منذ سنتين من نوم سيء ومشكلات في التركيز وعدم هدوء داخلي مستمر. وكانت مهمومة كثيراً وبشكل خاص حول مستقبل عملها في العلاج الفيزيائي. فقبل سنة قامت صناديق الضمان الصحة باتخاذ قرار جديد حول دفع التكاليف. ومنذ ذلك الوقت تفكر باستمرار فيما إذا كانت العيادة ستستمر بتحمل التكاليف. وقامت المعالجة بالاستفسار الدقيق حول إمكانية وجود تهديد مادي راهن الآن ولم تجد أي تهديد قائم الآن بالنسبة لعيادة العلاج الفيزيائي الخاصة بالمريضة. وكذلك لم يكن هناك من سبب راهن ملموس لخوف المريضة من أن يمرض زوجها أو والديها. إلا أن المريضة عانت بشدة من هذه المخاوف وقامت بكثير من المحاولات لإيقاف هذه المخاوف، إلا أنها لم توفق. وبشكل خاص وعندما كانت تمر بمراحل من الهدوء، كالاستلقاء مساء في السرير، كانت هذه الهموم تنطلق. ولم يستطع طبيبها المنزلي مساعدتها وحولها للعلاج النفسي(Schneider & Berghaendler,2005).

4- التشخيص القائم على التعديل للمخاوف والرهابات

في الفقرات التالية سنتطرق باختصار إلى النماذج النظرية التي يتم من خلالها اشتقاق العوامل التي ينبغي استقصاءها في التشخيص وأخذها بعين الاعتبار في العلاج. إذ تمثل معرفة هذه النماذج مساعِدات مهمة للمشخص، والتي تمثل إلى جانب طرق الفحص

المعيارية أداة مساعدة مبنية للحصول على المعلومات. وسوف نوضح في الفقرة الأولى الأسس التي تعد صالحة عموماً بالنسبة لنشوء المخاوف واستمراريتها؛ ثم نقوم في الفقرات التالية بالتحديد الأدق للنماذج وما يشتق عنها من فحوصات (الحصول على البيانات) فيما يتعلق بالاضطرابات المنفردة.

كانت نظرية العاملين لماورر (Mawrer,1960) لفترة طويلة التفسير النظري الأوسع تأثيراً لنشوء الرهابات، والتي تفسر نشوء القلق واستمراريته من خلال عوامل الإشراط التقليدي والإجرائي. فقد افترض ماورر في الرهابات بأن مثيرات حيادية بالأصل ترتبط بناء على أحداث صادمة مع حالة خوف دافعية مركزية (نشوء الخوف: إشراط تقليدي) أما التجنب الذي يعقب ذلك لهذه المثيرات فيتعزز من خلال تهديم حالة الخوف المزعجة (الاستمرارية: الإشراط الإجرائي).

وعلى الرغم من أن هذه النظرية تنسجم مع الكثير من نتائج التجارب على الحيوان فإنها غير كافية كتفسير للرهابات الإكلينيكية (Goldstein & Chambless,1978). فمن النادر للمرضى أن يذكروا حوادث صادمة ربما قادت بمعنى العامل الأول من نظرية العاملين للخوف وتجنب الموقف المثير للخوف. وقد تم توسيع هذه النظرية بشكل خاص لمفهوم الحساسية للقلق (Reiss & McNally,1985) (قارن أيضاً الفقرة 3.5)، حيث يقصد بها الخوف من الأعراض الجسدية والاستعرافية المرافقة، أي القناعات فيما يتعلق بالعواقب السلبية لأعراض القلق. وهي تعد متغيرة وسيطة لسلوك التجنب. كما تعزى اليوم في التفاعل بين العوامل الوراثية وعمليات تمثل المعلومات، للتعلم وفق النموذج والتعلم بالتعليمات وبسمات المنبهات نفسها أهمية كبيرة (Mineka,1985; Minika & Cook,1989). ويمكن تحديد عوامل الخطر هذه ودمجها في نموذج لنشوء إشكالية قلق المرضى، الأمر الذي غالباً ما يكون في مصلحة المعنيين.

غير أنه بالنسبة لاشتقاق طرق التدخل بالمواجهة مازالت نظرية العاملين الأصلية المدمجة في نموذج تفسير اضطرابات القلق والرهابات ليبيك وإميري (1985) على درجة

كبيرة من الأهمية. فالفكرة الأساسية للنموذج الاستعرافي تتمثل في أن الانفعالات المختلفة هي نتيجة للتفسيرات المختلفة للحدث الواحد؛ إنه معنى الحدث بالنسبة للشخص، وليس الحدث بحد ذاته. ويتعلق التقويم المعني للحدث أو تفسيره بالسياق الذي يظهر فيه الحدث وبالمزاج الذي يكون فيه الشخص في هذه اللحظة وبتاريخ التعلم عند الشخص (خلفية الخبرة) وبالتصويرة الاستعرافية للشخص. لهذا يمكن للموقف نفسه أن يسبب انفعالات مختلفة للأشخاص المختلفين أو حتى عند الشخص نفسه، حسب الموقف والمزاج. فالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق ليسوا ضحايا لخطر موضوعي وإنما محصورين برؤية معينة للموقف (قارن Salkovskis, 1996). فإذا ما اعتمدنا على هذا النموذج فلابد بشكل خاص من قياس الاستعرافات الوسيطة.

وعليه يتم في إطار التشخيص العلاجي السلوكي-الاستعرافي القائم على التعديل للمخاوف والرهابات منح المنبهات المثيرة للخوف وسلوك التجنب والاستعرافات الحاثة للقلق والحساسية للقلق اهتماماً خاصاً.

ويتم وضع اللحظات المثيرة للخوف، وبشكل خاص المواقف الملموسة المثيرة للخوف في إطار التخطيط للعلاج ضمن هرم للقلق، بأن يتم على سبيل المثال تقدير مقدار تهديد كل موقف منفرد على مقياس من صفر إلى مائة. ومن المفيد هنا الاستفسار عن قيمة مواقف أو أنشطة كثيرة مختلفة سهلة التغير (على سبيل المثال بالنسبة لرهابي الأماكن العامة مثلاً: قيادة السيارة على طريق ريفي، قيادة السيارة في الزحام، مع مرافقة أو من دون مرافقة، قيادة السيارة في الطقس الحار من دون مكيف مع نوافذ مغلقة، التسوق في أوقات مختلفة من اليوم وفي أماكن متعددة..الخ؛ وبالنسبة لمريض برهاب نوعي مثلاً: أن يكون مع كلب مربوط وشخص موثوق في غرفة واحدة، أن يلمس كلباً مربوطاً على ظهره، أن يمسك حبل كلب صغير، أن يمشي مع مرافق من دون أن ينتقل إلى الجانب الآخر من الشارع عند مواجهة كلب ما...الخ). وبمساعدة

منحنى القلق كما هو معروض في الشكل (1) (أنظر لاحقاً) والاستبيان المعير المعروض في الجدول (5) يمكن الاستفسار عن كل العوامل المتدرجة بالتفصيل.

مكونات نموذج استمرارية القلق والرهابات:

ما هي المنبهات الملموسة المثيرة؟

- المواقف
- المواضيع
- الأفكار
- المشاعر
- الاستجابات الجسدية

كيف يستجيب الشخص على المنبهات المثيرة؟

- جسدياً: تعرق، ارتفاع نبض القلب، ارتجاف...الخ
- استعرافياً: تقويم المثيرات على أنها مهددة، أفكار بالكارثة (جسدياً، خطر اجتماعي على الآخرين...الخ)، التجنب الفكري
- السلوك: الهروب، إجراءات لتخفيض الاستجابات الجسدية، صرف الانتباه، الصراخ، البكاء، سلوك باحث عن المساعدة، تناول الأدوية...الخ.

كيف يستجيب المحيط؟

- تأييد سلوك التجنب
- الاهتمام المفرط عند السلوك القلق
- التعاطف أو النقد، على سبيل المثال من الشريك.

ولا تتكون إستراتيجية التجنب لدى المريض دائماً وفقط في سلوك الهرب الصريح، وإنما يتم استخدام إجراءات حاذقة جداً مخفضة للقلق، يمكن أن تمس المستويات الثلاثة كلها للقلق، كما هو الحال على سبيل المثال كلمس حقيبة الهاتف النقال باليد على سبيل المثال والذي يمكن أن يفيد كإشارة أمان بالنسبة لمريض الهلع، أو القبض الكامل على الكأس لدى الرهابي الاجتماعي لتجنب ارتجاف اليد. كما تفسر إجراءات الأمان الحاذقة هذه لماذا لا يفقد كثير من المرضى خوفهم من المواقف على الرغم من أنهم يواجهون المواقف المخشية كلها، أي لا يظهرون سلوك تجنب صريح (Clark,1999). وتقدم الجداول من (2) إلى (4) توضيحاً للمواقف النموذجية بالنسبة للمخاوف المختلفة والأحاسيس الجسدية والاستعرافات والسلوكات الخافضة للقلق.

ويرجح عدد كبير من دراسات علم النفس المعرفي التجريبي أن الأشخاص باضطرابات القلق يختلفون في بعض عمليات تمثل المعلومات (على سبيل المثال عمليات الانتباه والذاكرة والتفكير) عن مرضى من دون اضطرابات قلق أو عن الأشخاص باضطرابات نفسية أخرى (قارن على سبيل المثال مراجعة Ehlers & Lueet, 1996; Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004; Becker & Rinck,2000). ويبدو أن المرضى باضطرابات القلق يميلون إلى إيلاء انتباه خاص إلى المعلومات القائمة على القلق على حساب إدراك المعلومات الأخرى. وقد يسهم هذا في تفسير استمرارية القلق، بمعنى النبوءة المحققة لذاتها. وكذلك يعتقد بوجود ميول تشويه في عمليات الذاكرة، مع العلم أن النتائج غير متفقة. إذ يبدو وجود تفضيل لدى مرضى القلق لتذكر المنبهات المهددة، وهو ما أمكن إظهاره بشكل خاص في اختبارات ضمنية. وفي الوقت نفسه يمكن أن يلعب الميل لعدم التذكر الدقيق لمثيرات القلق الإشراطية وغير الإشراطية دوراً في استمرارية القلق، مثلما تلعبه أيضاً بعض مظاهر التفكير: فالأشخاص باضطرابات القلق يفسرون المنبهات غير الواضحة وفق مخاوفهم. ويبدون أنهم يفسرون المواقف متعددة الوجوه بشكل خاص على أنها خطر، مع العلم أنه يقصد "بالموقف" عدد كبير من المنبهات (كأعراض الجسد، الوقائع الاجتماعية... الخ على

سبيل المثال). فبعض النتائج تشير إلى أسلوب عزو سلبي واستنتاج انفعالي (في الإنجليزية: "emotional reasoning") لدى مرضى القلق؛ "لأني أشعر بالخوف، فلا بد وأن يكمن هنا خطر"، "بما أني متوتر، فهذا يبرهن بأن الآخرين يجدون سلوكي مضحكاً". كما يتميز تفكير مرضى القلق بالتفكير التكراري (في الإنجليزية: "recurrent Thinking")؛ كالهم، وانشغال البال)، والأفكار الملحة (اقتحامات Intrusions) واستعرافات عليا نوعية.

4.1 اضطرابات الهلع ورهابات الأماكن العامة

غالباً ما "تختبئ" نوبات الهلع تحت مظاهر جسدية خالصة، لهذا فإنه غالباً ما يتم تشخيصها وعلاجها بصورة خطأ. وتقول الفرضية الأساسية لنموذج التفسير الاستعرافي السلوكي لنوبات الهلع أن نوبات الهلع تنشأ من خلال الإرجاع الإيجابي بين الأعراض الجسدية وارتباطها بالخطر وما ينجم عن ذلك من استجابة قلق (Clark,1986,1988; Ehlers & Margraf,1989). وهذا يعني إن سبر تفسير الأعراض والمخاوف المرتبطة بها يمثل إلى جانب قياس الشكاوى الجسدية جوهر التشخيص القائم على التعديل لاضطرابات الهلع ورهاب الأماكن العامة.

وتعد استجابة الهلع شكلاً خاصاً مكثفاً من القلق، لا تختلف نوعيتها عن استجابات القلق الأخرى. ومن المألوف أن تبدأ نوبة الهلع بتغير فيزيولوجي أو نفسي (كخفقان القلب أو مشكلات تركيز على سبيل المثال)، والتي قد تكون نتيجة لأسباب مختلفة جداً (إرهاق جسدي، تناول القهوة على سبيل المثال).وفيتم إدراك التغير من الشخص ويربطه بالخطر، ويعقب ذلك خوف أو استجابة هلع تقود لاستجابات جسدية وفيزيولوجية واستعرافية أخرى. ويتم إدراك هذه الأعراض ثانية وربطها بالخطر من جديد، بحيث يحصل تصاعد ثان للقلق ونوبة الهلع على شكل حلقة مفرغة (قارن مارغراف وإيلرز، 1989، إيلرز ومارغراف، 1989). وعند سبر المركبات المنفردة لهذه الحلقة المفرغة على المشخص الانتباه إلى أن المريض يمكن أن يفهم كل مركب على أنه عامل استثارة أم نتيجة على حد سواء. ويعرض الجدول (2) أمثلة نمطية.

الجدول (2) المركبات الممكنة لتحليلات المشكلة الفردية في اضطرابات الهلع ورهاب الأماكن العامة

مثال لـ:			
الموقف	الأحاسيس الجسدية	الاستعرافات	الإجراءات المخفضة للقلق
• الأماكن الضيقة • تجمعات الناس • الجهد الجسدي • الوجود في المنزل وحيداً • وسائط النقل العامة • قيادة السيارة (الزحام)	• خفقان القلب أو تسرعه • ضيق النفس • الدوار • التعرق • مشاعر ضيق أو ألم في الصدر • تنميل في اليد أو الرجلين	• "سوف أموت" • "سوف أجن" • "سوف أفقد السيطرة" • "سوف أعاني من جلطة" • "لن يتحمل قلبي ذلك"	• تناول الحبوب أو حمل المريض له أينما ذهب • مراجعة الطبيب • حمل هاتف نقال باستمرار • عدم البقاء وحيداً على الإطلاق • مص السكاكر • الشرب • ارتداء ثياب فضفاضة • عدم الدخول في المواقف المثيرة للخوف على الإطلاق

وعند وصف نوبات الهلع يبدو أن المرضى يميلون إلى تشويه استرجاعي: إذ غالباً ما يذكرون النوبات الشديدة بشكل خاص (الكثير من الأعراض الشديدة، المستمرة لفترة طويلة)، في حين تظهر القياسات الدقيقة بوساطة دفتر اليوميات أو أدوات القياس الفيزيولوجي التي يحملها المريض معه نسبانية هذا الوصف الدراماتيكي. ومن أكثر الأعراض المدركة خفقان القلب وضيق التنفس/ الدوار. وتستمر نوبة الهلع 30 دقيقة في المتوسط. وغالباً ما ترتفع نبضات القلب هنا موضوعياً بشكل ضئيل، وحتى هنا يتجلى الدور المركزي لتقييم الأعراض.

ومن خلال مفهوم الخوف من الخوف أو الحساسية للخوف (Reiss & McNally,1985) يتم بناء ارتباط بين نوبات الهلع ورهاب الأماكن العامة: فالميل نحو تقييم الأحاسيس الجسدية على أنها إشارة على التهديد أو المرض ومن ثم الاستجابة، يقود لدى كثير من مرضى الهلع إلى تجنب المواقف المثيرة للخوف، أي إلى سلوك رهاب الأماكن العامة. ويتعزز هذا السلوك إيجابياً بمعنى العامل الثاني لنظرية العاملين من خلال تراجع حالة المشاعر المزعجة. والتجنب، أي سلوك رهاب الأماكن العامة، هو الذي يقود لأشد العواقب سوءاً من نحو الانسحاب الاجتماعي وسوء استخدام الكحول والأدوية وعدم القدرة على العمل والاكتئاب، والتي تشكل نفسها من جهتها إرهاقاً. وينبغي كذلك استقصاؤها بتفصيل مثلها مثل أعراض الاضطراب وإدخالها في برنامج العلاج.

ويمكن تصنيف مضامين المخاوف التي يفترض سبرها إلى فئتين: يخشى غالبية المرضى بأن أسوأ عاقبة لنوبة الهلع إما أن تكون الجنون أو الانهيار الجسدي والموت. وتشترك المواقف التي يتجنبها رهابيو الأماكن العامة بأنها تلك المواقف التي يصعب مغادرتها في حال حصول قلق واضح أو التي من الصعب الحصول فيها على مساعدة؟ فالإجراء المضاد يتكون إذاً من الذهاب إلى أماكن "آمنة" (الهواء الطلق، السيارة، المستشفى، القرب من المخارج...الخ) أو في وجود أشخاص "مضمونين" (غالباً أشخاص يعرفون بالمشكلة كالشريك) أو في مواضيع "آمنة" (جالبات الحظ، علب الأدوية...الخ).

ويفترض ألا يتم توضيح عملية الأرجحة في نوبة الهلع من خلال درس تقديمي، وإنما لابد من استقصاؤه من خلال الاكتشاف الموجه من خلال الوصف الزمني المفصل لنوبة هلع أو لعدة نوبات من الهلع.

ولعل إحدى خصوصيات الموقف التشخيصية للمرضى بالهلع ورهاب الأماكن العامة تتمثل في حقيقة أن المخاوف الرهابية من الأماكن العامة قد تكون شديدة الوضوح بحيث لا يكون المريض قادراً على مراجعة عيادات العلاج النفسي لوحده أو

حتى لا يكون قادراً على الإطلاق، الأمر الذي يستدعي احتمال أن تكون الجلسات التشخيصية (وكذلك الجلسات العلاجية الأولى لتوصيل منطق [فكرة] المواجهة) في مكان مأمون بالنسبة للمريض، غالباً في منزله.

مثال حالة: سبر عملية الأرجحة:

المعالج: "بماذا بدأت نوبة قلقك الأخيرة؟"

المتعالج: "بداية أحسست بالدوار في الرأس، وبعدئذ بدأ قلبي أيضاً بالخفقان".

المعالج: " ما الذي فكرت فيه في أثناء هذا؟"

المتعالج: "فكرت مباشرة، يا إلهي، لقد بدأ هذا ثانية، ولاحظت مباشرة أيضاً كيف كتم الخوف أنفاسي."

المعالج: "وكيف سار الأمر عندئذ؟ ما الأعراض التي شعرت بها، ما الذي حصل بالإضافة إلى ذلك؟

المتعالج: "ازداد خفقان قلبي، وبعدئذ عاد هذا الضيق في الصدر. وعندما يأتي فإني أعرف بأن الأمر سيزداد سوءاً"

المعالج: "ما الذي فكرت به بعدئذ، عندما كان الأمر سيئاً هكذا، ما الذي دار في رأسك؟"

المتعالج: "لم أفكر إلا بالخروج من هنا، وإلا سيحصل ما لاتحمد عقباه!"

المعالج: "وماذا كان يمكن أن يحصل؟"

المتعالج: "خشيت من الإغماء، لأن قلبي لم يعد يتحمل هذا. خفت من الموت! عندئذ خرجت من مركز التسوق بسرعة. وهناك في الخارج سرعان ما أصبحت بخير".

المعالج: "أرغب بتلخيص ما قلته مرة أخرى، لرؤية فيما إذا كنت قد فهمتك بشكل صحيح..."

(Schneider & Margraf,1998 a)

مثال حالة: "....في البيت لن يحصل لي شيء".

المتعالجة: "كانت المخاوف أسوأ ما عليه عندما لم أعد أخرج من المنزل"

المعالج" "كم هي المدة التي انقضت بعد نوبة الخوف الأولى؟"

المتعالجة: "لا أدري الآن بالضبط. فقد استمر لفترة طويلة. ولكن حصل هذا بعدئذ عقب بعضه، واستنتجت عندئذ، أني عندما أكون في مكان ما، يكون لدي ضغط للعودة للبيت، لأني أشعر بالبيت بأني أكثر أماناً، وعندما نصل للبيت نستدعي دائماً الطبيب، حسبما إذا كان نهاية الأسبوع. أو كنت في البداية أذهب للطبيب مع زوجي، الذي كان يعمل تخطيطا للقلب وكل يفحص كل شيء آخر. وفي كل مرة لم يكن هناك شيئاً. ولا حتى اضطرابات إيقاع القلب، عندما أكون عند الطبيب، لا شيء أبداً. وبالطبع فقد استنتجت بعدئذ بأني عندما أكون في البيت لا يحصل لي أي شيء. وعليه فقد ظللت في البيت وفي غرفتي أيضاً قدر الإمكان. وهناك شعرت بالراحة المطلقة، بالطمأنينة".

المعالج: "أين كنت موجودة، في أي غرفة؟"

المتعالجة: "كان لدينا غرفة ضيوف وكانت هذه الغرفة تستخدم أيضاً غرفة للخياطة، لأن هوايتي هي الخياطة، وكان فيها تلفزيون. أي كان كل شيء موجوداً. أريكة للنوم. أي لم أكن مضطرة لمغادرة الغرفة إلا من أجل الطعام. وفي الطابق الأول في البيت، أي ليس في الممرات بل في الداخل".

المعالج: "لماذا شعرت بالتحديد في الداخل أكثر شيء بأنك بخير؟"

المتعالجة: "لأن الغرفة لم تكن كبيرة جداً، بل كانت أقرب للصغيرة. ففي الغرف الصغيرة أشعر بالأمان. كانت غرفة صغيرة ومريحة. أما في غرفة الجلوس وغرفة الطعام فقد كان كل شيء مفتوحاً. وهناك لا أشعر بالأمان".

(Schneider & Margraf,1998 a)

4.2 الرهاب الاجتماعي

ينطلق النموذج العلاجي الاستعرافي السلوكي في تفسير الرهاب الاجتماعي من أن المرضى يفسرون المواقف الاجتماعية بطريقة مهددة لهم، حيث يتكون التهديد من التقويم السلبي من قبل الأشخاص الآخرين. ويمكن لنوع المواقف المهددة شخصياً (كمواقف التفاعل مع الغرباء، أشخاص السلطة، أشخاص من الجنس الآخر...الخ) أن تتنوع فردياً بشكل كبير. ومن خلال التفسير السلبي تحصل أعراض قلق فيزيولوجية (كالاحمرار والارتجاف والتعرق) وأعراض قلق استعرافية (كصعوبات التركيز)، يثير إدراكها استجابات قلق أخرى. وتعد ملاحظة هذا الارتباط وتعديله جزءاً من العلاج، الذي يشترط التشخيص الدقيق. إذ تقود أنماط محددة من السلوك التجنبي بشكل مباشر إلى العواقب المخشية، كالإمساك المتشنج بالكأس لدى الرهابي الاجتماعي المذكور سابقاً (Clark,1997). ناهيك عن أنه يتم من خلال هذا السلوك التجنبي، وكما هو الحال في اضطرابات القلق الأحرى، إعاقة اختبار المخاوف الفعلية، الأمر الذي يسهم في استمرارية القلق. وكذلك يمكن لهذه السلوكات أن تختلف بشدة من مريض لآخر وأن تكون ثابتة جداً ومؤتمتة، بحيث تحتل تجارب السلوك إلى جانب التشخيص بالاختبارات أهمية خاصة في هذا المجال. ويعزز الإدراك الذاتي المرتفع بشدة (Buss,1980) هذه الحلقة المفرغة بصورة إضافية.

ويحتل تمثيل الذات مركز النموذج الاستعرافي لكلارك وويلز (Clark and Wells,1995; Clark,1997): إذ يبني الأشخاص الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، حسبما يفترضون، صورتهم عن ذاتهم من المناظير السلبية للآخرين. وتخدم الأعراض الفيزيولوجية والاستعرافية وكذلك تصرفات الأمان الذاتية المدركة كأساس إمبيريقي مفترض لبناء هذه الصورة. ويعد التشخيص الأولي المعمق في الرهابات الاجتماعية مهماً جداً لأن المرضى غالباً ما يقللون من أهمية مشكلتهم أو قد تكون الأعراض مغطاة بصور اضطرابات أخرى (كالاكتئاب). وكون المخاوف الاجتماعية الخفيفة تظهر في

كثير من صور الاضطرابات وكذلك واسعة الانتشار لدى السكان عموماً فإن هذا ينبغي ألا يعيق المعالج من الاستقصاء عن كل إشارة إلى الرهاب الاجتماعي وتوضيح وجود الاضطراب (Stangier, Heidenreich & Peitz,2003)

الجدول (3): المركبات الممكنة لتحليلات المشكلة الفردية في الرهاب الاجتماعي

مثال لـ:			
الموقف	**الأحاسيس الجسدية**	**الاستعرافات**	**إجراءات مخفضة للخوف**
• إلقاء محاضرة • الدخول لمكان فيه ناس • تناول الطعام في مكان عام • التوقيع تحت الملاحظة • التكلم مع شخص • السؤال عن معلومة • الاحتكاك بشخص من الجنس الآخر	• التعرق • الارتجاف • الاحمرار • خفقان القلب	• "سوف أحمَّر" • "سوف أتلعثم" • "سوف أغرق بالتعرق" سوف أفقد السيطرة" • سوف أفضح نفسي" • سوف يجدني المرء مضحكاً" • "سوف أفشل"	• استخدام العطر • قبل المصافحة مسح الأيدي • ارتداء عدة طبقات من الثياب • تجنب الاتصال البصري • استخدام الماكياج، الإمساك بقلم، ملعقة أو ما يشبهها بقوة • تجنب الاتصال مع الآخرين • ارتداء ثياب غير ملفتة للنظر

ويتم تفسير استمرارية المخاوف الاجتماعية في نموذج التفسير من خلال الأفكار والانتباه والتصرفات غير الملائمة (قارن جدول 3)، التي ينبغي أن يتم سبرها قبل بداية العلاج. كما لابد قبل بداية العلاج التأكد من أن المريض قادر على التصرف اجتماعياً بشكل كفء. وغالباً ما يكون هذا هو الحال لدى غالبية مرضى الرهاب الاجتماعي على الرغم من مخاوفهم وعلى عكس افتراضاتهم الذاتية. وفي حالات استثنائية قليلة جداً لابد من إجراء تدريب للمهارات الاجتماعية بطرق المواجهة (على سبيل المثال وفق هينش وبفنغستن، 2002)، ذلك أن نقص الكفاءات الاجتماعية يلعب هنا دوراً مهماً في عملية نشوء واستمرارية المخاوف الاجتماعية.

4.3 الرهاب النوعي

تبدي المنبهات المثيرة للمخاوف الرهابية توزعاً مميزاً وثابتاً عبر الثقافات المختلفة، لا تتناسب مع تكرار هذه المثيرات في الحياة اليومية ولا مع احتمالية الخبرات المزعجة (الصادمة). فتساوي التأثير بمعنى استثارة متساوية الاحتمال للقلق غير موجودة، وإنما تبدو ارتباطات محددة بين المنبه والاستجابة أسهل تعلماً من غيرها، لأنه من المحتمل أن تكون منتشرة بيولوجياً (فرضية الاستعداد preparedness قارن ماركس، 1969؛ سيلغمان، 1971). كما يبدو أن نموذج التعلم وفق النموذج يلعب دوراً مهماً في الرهابات النوعية (التعلم من خلال المثل الأعلى) والتعلم بالتعليمات (اكتساب المعرفة من خلال التوصيل المباشر أو غير المباشر للتعليمات، كتحذيرات الوالدين على سبيل المثال). والتجنب بمعنى نظرية العاملين تحافظ على استمرارية المخاوف الرهابية.

ويشكل رهاب الدم والجرح والحقن نوعاً فرعياً من الرهابات النوعية. وعدد كبير من المعنيين بهذا يظهرون تاريخاً من نوبات الإغماء، المرتبطة باستجابة مستقلة ثنائية الطور. إذ ترتفع بداية ضربات القلب والضغط هنا (كما هو الحال في المخاوف والرهابات الأخرى)، إلا أنها تعود للهبوط بسرعة. ومن أجل منع الإغماء قام أوست ومجموعته بتطوير طريقة معالجة (التوتر التطبيقي Applied Tension) (مثال: Oest &

Sterner,1987) تتوجه مباشرة للاستجابة الفيزيولوجية ويتم توليفها مع المواجهة. ومن أجل التمكن من تحديد شكل العلاج الذي سيستخدم لا بد الاستقصاء الدقيق لوجود رهاب دم أو جراح وتاريخ من الإغماءات من خلال أمثلة منفردة.

4.4اضطرابات القلق المعمم

يتم تفسير نشوء واستمرارية الهم المفرط، الذي يشكل المحك الأساسي لاضطرابات القلق المعمم، في النموذج الاستعرافي السلوكي من خلال عوامل مختلفة:

فبداية يعزو الأشخاص باضطرابات القلق المعمم للهم بحد ذاته وظيفة إيجابية. فهم ينهمون من أجل "إعداد" أنفسهم للأحداث السيئة الممكنة، أو لحماية أنفسهم من الخيبة أو من لحماية شخص يحبونه (Freeston, Letarte, Dugas & Ladouceure,1994). ويفترض بأنه يتم التعزيز السلبي للقناعات من خلال عدم حصول الأحداث. فإذا ما كان للهموم اليد الطولى ذاتياً، فإنه غالباً ما ينطلق تقويم سلبي للهموم (على سبيل المثال "الهموم تجنني"، من غير الطبيعي أن أنهم")؛ وتقود هذه الهموم العليا Meta worry(Wells,1995)إلى تصرفات غير مثمرة مختلفة، ككبح الأفكار التي تعزز بدورها الهموم. بالإضافة إلى ذلك فإن إقلاق النفس يفيد في تجنب الاستعرافات المهددة الأمر الذي يقود أيضاً إلى تعزيز سلبي للهموم (Borkovec & Lyonfields,1993)

وفيما يتعلق بالتخطيط للعلاج لابد من سبر إلى جانب محتوى الهموم الأساسية ("سوف أصل متأخراً" على سبيل المثال) اتجاه المريض نحو همومه، أي الوظيفة التي يعزوها لها ("الهم يجعلني "مستعداً" للمشكلات، أو "الهموم تجعلني عاجزاً عن التفكير" على سبيل المثال)، واستراتيجيات المواجهة غير المثمرة ("كعدم قراءة الجرائد" مثلاً)، والسلوك الإرجاعي التأميني (كالاتصالات الهاتفية على سبيل المثال)، أو كبح الأفكار. وغالباً ما يشكو المرضى بالقلق المعمم بصورة عفوية في البداية من شكاوى جسدية (كالتوتر والعصبية والأرق مثلاً). ومن واجب المشخص سبر الهموم

والمخاوف ومثيراتها الكامنة خلف هذه الشكاوى من خلال الأسئلة الهادفة (أنظر جدول 4).

وغالباً ما لا يكون المرضى مدركين للمثيرات (كرنين الهاتف، وصول رسالة) ومن خلال هذه المعلومات يتم بناء نموذج اضطراب يتم من خلالها اشتقاق الاستراتيجيات العلاجية (من نحو مواجهة الهموم، اختبار الواقع، تهديم التجنب والتأمين الإرجاعي...الخ) (قارن Beckefr & Margraf, 2002). وإلى جانب أسئلة المشخص المباشرة برهنت الملاحظة الذاتية للمريض في الحياة اليومية فائدتها. وتوجد أمثلة على الملاحظة الذاتية في إطار اضطرابات القلق المعمم (دفتر يوميات الهموم أو دفتر يوميات لقياس سلوك التجنب على سبيل المثال) لدى بيكر ومارغراف (2007).

5- طرق القياس

بما أن الانفعال "القلق" يتجلى على مستويات عديدة، فلا بد لتشخيص المخاوف والرهابات وفق أوجه متعددة. فإلى جانب التشخيص التصنيفي كمنطلق يتطلب التخطيط لمعالجة المخاوف والرهابات معارف تفصيلية حول المحرضات الفردية للقلق وحول الأعراض الجسدية والاستعرافات والاستعرافات العليا واستراتيجيات المواجهة. وقد برهنت قوائم الأعراض والمقابلات المبنية والمعيرة والاستبيانات ودفاتر اليوميات ومنحنيات القلق على أنها طوق موثوقة وفاعلة للحصول على المعلومات الضرورية بدقة وفي الوقت نفسه باستهلاك ضئيل قدر الإمكان.

الجدول (4): المركبات الممكنة لتحليلات المشكلة الفردية في القلق المعمم

مثال لـ:			
الموقف	**الأحاسيس الجسدية**	**الاستعرافات**	**إجراءات مخفضة للقلق**
• الأخبار • البريد • المواعيد • رنين الهاتف • الواجبات	• ضيق النفس • الارتجاف • تـوتر العضلات • القابلية للتعب • التعرق • الصداع • الغثيان • الخفقان • القابلية للاستثارة	• الهموم: • "سوف أفصل من العمل!" • "هل سيتحمل جهازي المناعي هذا؟" • "هل ستكفي النقود"؟ • "ماذا سيكون مصير الأولاد" • • هموم عليا إيجابية: • "لابد وأن أكون مستعداً لكل شيء" • • هموم عليا سلبية" • "سوف تجنني الهموم"	• الانشغال بكثير من الأفكار • تجنب الهدوء، وصرف الانتباه • عدم الإجابة على الهاتف أو إغلاقه • تجنب الأخبار • عدم فتح الفواتير • دقة مبالغ بها في المواعيد".

5.1 التصنيف

المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية (DIPD for DSM-VI-TR; Schneider & Margraf,2006) أو المقابلة الإكلينيكية المبنية (SCID for DSM-IV; Wittchen,1997) هي مقابلات مبنية برهنت فاعليتها في التشخيص التصنيفي وبالتحديد في مجال اضطرابات القلق. إذ تحتوي المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية DIPD على سبيل المثال إلى

جانب التشخيص الفئوي على تقييم لمعلومات أخرى أيضاً، مهمة للتخطيط للعلاج: أسئلة حول نشوء ومجرى إشكالية القلق وحول عوامل التأثير الموقفي والاستعرافي ومقاييس تفصيلية لتقدير شدة الأعراض المنفردة. ويتم استقصاء هرميات المواقف الرهابية وقوائم العوامل الوسيطة للقلق اللازمة لتنفيذ مواجهة المثيرات في الموقف.

5.2 عناصر الاستمرارية

تعد الاستبيانات ومقاييس التقدير ودفاتر اليوميات أدوات مساعدة مهمة لتقييم الهرميات الفردية للقلق واستراتيجيات التجنب الفردية والاستعرافات المعطوبة للمريض، التي نحتاجها للتخطيط للعلاج. وقبل تطبيق الاستبيانات ومقاييس التقدير ودفاتر اليوميات لابد بداية من تعريف المريض بها. وينبغي أن يتم توضيح بأنها تستخدم لطرح التشخيص وللتخطيط للعلاج ولضبط نجاح العلاج. وعلى المعالج كذلك أن يوضح للمريض بدقة أين وكيف يسجل المعلومات في دفتر اليوميات. ومن أجل التوضيح و قبل استخدام دفتر اليوميات للمرة الأولى في البيت، عليهما كمثال أن يسجلا معاً موقفاً ظهر حديثاً تجلى فيه السلوك المشكل. وبعد تقييم الأدوات لابد من إخبار المريض بالنتائج.

ويعد دفتر ماربورغ ليوميات القلق ودفتر يوميات ماربورغ للأنشطة (Margraf & Schneider,1989) على سبيل المثال أدوات مساعدة مفيدة بالنسبة لمجال اضطرابات القلق والرهابات، من أجل جعل المريض نفسه يقوم بتسجيل السلوك في المحيط الطبيعي وفي فترة زمنية قريبة من الحدث.

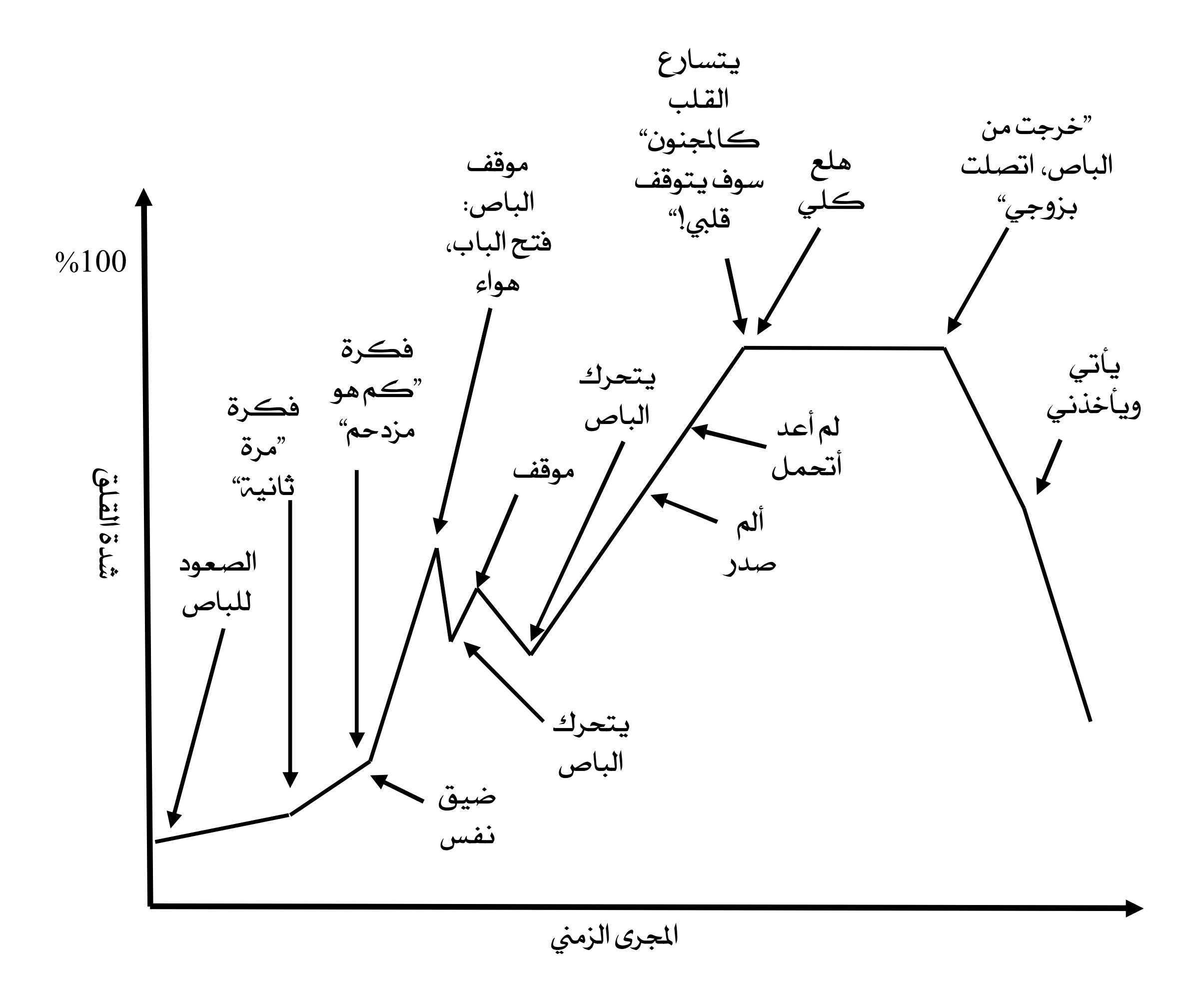
كما برهن استخدام البروتوكولات اليومية لتحديد المواقف المثيرة للقلق وسلوك التجنب في إطار الرهابات الاجتماعية صلاحيته؛ إذ يقود التقدير اللاحق من خلال المريض للتشويه (Harvey, Witkins, Mansell & Shafran,2004).

ويعرض جدول (5) انتقاء للاستبيانات ومقاييس التقدير الاقتصادية والموثوقة

والصادقة بالنسبة لكل اضطرابات القلق، والتي برهنت صلاحيتها وفقاً لخبراتنا في الممارسة العلاجية. ويقتصر عرضنا على المقاييس الناطقة بالألمانية المنشورة. أما من أجل الحصول على قائمة كاملة ومعلومات أخرى حول الأدوات المنفردة وبيانات الصدق والثبات والبنى العاملية ووصف الأبنية فنحيل القارئ إلى الخلاصة الوافية compendium لهوير ومارغراف (2003).

كما أنه ليس من المفيد جعل المرضى يصفون المواقف المثيرة للقلق فحسب، وإنما كذلك جعلهم يرسمون مجريات القلق الملموسة مع العوامل المعَدِّلة (قارن شكل 1). فعلى الإحداثي العمودي يتم تسجيل شدة القلق، وعلى المحور الطولي المجرى الزمني. وعلى كل نقاط تغير المنحنى أو النقاط التي يتغير فيها تصاعد المنحنى يتم الطلب من المريض ذكر الأحداث المثيرة، التي قد تكون من طبيعة موقفية أو فيزيولوجية أو استعرافية أو التي يمكن أن تتأثر بالسلوك. وبهذا يكون المريض مجبراً إلى حد ما على التركيز على مركبات نموذج الظروف الوظيفي - على المثيرات وتجليات مشاعر القلق النوعية-، فالقلق المجرد الذي غالباً ما يحتل المساحة الأكبر من الحديث المجرد يكون معروضاً على المنحنى بشكل واف. وفي مثالنا تصف امرأة تعاني من اضطراب هلع ماهية المظاهر الموقفية والأعراض الفيزيولوجية والأفكار والتصرفات التي ترفع من قلقها في أثناء سفرها بالباص وتلك التي تخفضه. ويمكن توضيح العواقب قصيرة وطويلة الأمد للتجنب من خلال مثل هذا المنحنى في مجرى العلاج اللاحق بشكل جيد.

ومن أجل الحصول على معلومة دقيقة حول الأدوية التي يتناولها المرضى يفضل تقديم قائمة من مضادات القلق والاكتئاب ومحاصرات مستقبلات بيتا المألوفة ذلك أن التعرف السلبي على الأدوية يكون أفضل من جعل المريض يعدد المواد التي يتناولها. بالإضافة إلى ذلك يمكن الطلب من المرضى أن يحضروا معهم كل علب الأدوية التي يتناولها في الوقت الراهن.



شكل (1): منحنى القلق في مثال عن نوبة هلع في الباص

جدول (5): استبيانات ومقاييس تقدير لقياس القلق

اسم الأداة		عدد البنود؛ تحديد البناء	زمن التطبيق (بالدقائق)
القلق عموماً:			
ASI	مؤشر القلق الموقفي (الأصل: رايس وآخرون، 1986) الألماني أيلرز، 1986)	16 بنداً: الخوف من الأعراض الجسدية والاستعرافية المرافقة لمشاعر القلق	5-3
BAI	قائمة بيك للقلق (الأصل: بيك وستير، 1993؛ الألماني مارغراف وإيلرز، تحت الطبع)	21 بنداً؛ شدة أعراض القلق المهمة إكلينيكياً	10-5
الهلع ورهابات الأماكن العامة:			
ACQ	استبيان للاستعرافات القائمة على القلق (الأصل: شامبلس وآخرون، 1984، 1985؛ الألماني، إيلرز ومارغراف، 2001)	14 بنداً؛ مقدار الاستعرافات القائمة على القلق (الأزمات الجسدية، فقدان السيطرة، التجنب على سبيل المثال).	5
BSQ	استبيان الخوف من الأعراض الجسدية (الأصل: شامبلس وآخرون، 1984،1985؛ الألماني: إيلرز ومارغراف، 2001)	17 بنداً؛ مقدار الخوف من الخوف والخوف من الأعراض الجسدية	5
MI	قائمة التحركية mobility (الأصل: شامبلس وآخرون، 1984،1985؛ الألماني: إيلرز ومارغراف،2001)	27 بنداً؛ مقدار التجنب لسلوك التجنب الرهابي؛ تقدير مع المرافقة مقابل من دون مرافقة.	5
PAS	مقياس التقدير الذاتي للهلع ورهاب الأماكن العامة (الأصل: بانديلوف، 1985)	13 بنداً؛ شدة اضطراب الهلع مع أو من دون رهاب الأماكن العامة	20-5

اسم الأداة		عدد البنود؛ تحديد البناء	زمن التطبيق (بالدقائق)
PAS	مقياس تقدير الآخر للهلع ورهاب الأماكن العامة (الأصل: بانديلوف، 1985)	13 بنداً؛ شدة اضطراب الهلع مع أو من دون رهاب الأماكن العامة	10-5
الرهاب الاجتماعي			
U-Quest.	استبيان عدم الثقة(الأصل: أولرش وأولرش دي مونك، 1978)	65 بنداً؛ قياس المخاوف والمهارات الاجتماعية	15
SPAI	قائمة الرهاب الاجتماعي والقلق (الأصل: تورنر وآخرون، 1989؛ الألماني، فريدريك، تحت الطبع)	22 بنداً؛ المظاهر الاستعرافية والجسمية والسلوكية للقلق في المواقف الاجتماعية	10-5
SPS	مقياس الرهاب الاجتماعي (الأصل: ماتيك وكلارك،1998؛ الألماني ستانغير وآخرون، 1999)	20 بنداً؛ المخاوف الاجتماعية في مواقف الأداء	10-5
SIAS	مقياس التفاعل الاجتماعي (الأصل: ماتيك وكلارك،1998؛ الألماني ستانغير وآخرون، 1999)	20 بنداً؛ المخاوف الاجتماعية في مواقف التفاعل	10-5
LSAL	مقياس ليبوفيتس للقلق الاجتماعي (الأصل: ليبوفيتس،1987؛ الألماني: ستانغير ووهايدينرايش، تحت الطبع)	48 تقدير؛ تقدير الآخر لقياس القلق الإكلينيكي والتجنب في مواقف الأداء والتفاعل	30-20

	اسم الأداة	عدد البنود؛ تحديد البناء	زمن التطبيق (بالدقائق)
SANB	مقياس "الخوف من التقييم السلبي" (الأصل: واطسون وفريند، 1969؛ الألماني: فورمبروك ونويسر، 1983)	20بنداً؛ مركبات استعرافية للقلق الاجتماعي كسمة	10
SVSS	مقياس "تجنب المواقف الاجتماعية" (الأصل واطسون وفريند، 1969؛ الألماني: فورمبروك ونويسر، 1983	20بنداً ميول التجنب	10
SPK	استبيان الاستعرافات الرهابية الاجتماعية (الأثل: ويلز وآخرون1993؛ الألماني: شتانغير وآخرون،1996،أ، مطبوع في شتانغير وآخرون2003	22بنداً؛ الأفكار الآلية في المواقف الاجتماعية	10
SPV	استبيان السلوك الرهابي الاجتماعي (الأصل: كلارك، 1995، أ، الألماني: شتاننغير وآخرون، 1996، ب، مطبوع في شتانغير، 2003)	27بنداً؛ تصرفات الأمان الرهابية الاجتماعية (الضبط الذاتي، التمويه، تجنب الانتباه، التجنب الاستعرافي)	15
SPE	استبيان الاتجاهات الرهابية الاجتماعية (كلارك، 1995، ب، الألماني: شتاننغير وآخرون، 1996، ب، مطبوع في شتانغير، 2003)	50بنداً؛ للفرضيات المعطوبة المميزة للرهاب الاجتماعي (الصورة السلبية للذات، توقع عدم الكفاية الاجتماعية، مستويات الأداء الاجتماعي المضخمة)	30

اسم الأداة		عدد البنود؛ تحديد البناء	زمن التطبيق (بالدقائق)
IAF	استبيان التفاعل-القلق (بيكر، 1997)	54بنداً؛ المخاوف المتعلقة بالموقف: من الجرح الفيزيولوجي، من الظهور، من تجاوز المعايير، من المرض والعلاج الطبي، من توكيد الذات، من التبخيس والاستعلاء	
الرهابات النوعية			
FSS III	قائمة مسح المخاوف (الأصل: وولبي ولانغ، 1964؛ الألماني: شولته، 1976)	72بنداً؛ الخوف من العضويات الحيوانية غير البشرية؛ القلق الاجتماعي، الخوف من الإجراءات التشخيصية الطبية	15
اضطرابات القلق المعمم			
WDQ	استخبار مجالات القلق (الأصل: تاليس وآخرون، 1992؛ الألماني: 1995)	25بنداً؛ مقدار الهموم العامة	10-5
PSWQ	استخبار ولاية بن للقلق (الأصلي: ماير وآخرون، 1990؛ الألماني: ستوبر، 1995)	16بنداً؛ الهم المرضي؛ المزمنة والمفرطة وغير القابلة للسيطرة.	5

5.3 عوامل تأثير أخر

من أجل التخطيط للعلاج والتقويم فإنه من المفيد وبالإضافة لقياس أعراض القلق بوساطة الاستبيانات الحصول على معلومات حول عوامل الإرهاق (الضغط) وموارد المريض. ومن المفيد بالنسبة للمرضى المتزوجين تقييم الرضا عن العلاقة الزوجية، ذلك أن نوعيتها قد تلعب دوراً سواء بالنسبة لاستمرارية المخاوف والرهابات

أم قد تتضرر هذه النوعية بسبب الإشكالية. ومن أجل هذا الغرض فإن مقياس تشخيص العلاقة لهالفيغ (1996) ملائم. كما طور سومر وفريدريش (1989،1991) استبياناً للدعم الاجتماعي كما يوجد مقياس لقياس الرضا عن الحياة لهاينرش وهيرشباخ (1995).

5.4 مجرى العلاج

بالنسبة للتخطيط للعلاج فإنه من المفيد إجراء ما يسمى بتدريج تحقيق الهدف (Kiresuk & Shernan,1968). وهنا يتم بالتعاون مع المريض تحديد أهداف ملموسة جداً للعلاج. وبالنسبة لكل هدف علاجي يتم وصف الحالة النهائية التي يفترض تحقيقها بدقة. ومن خلال ذلك يتم جعل هدف ومهام العملية العلاجية ملموسين. والتحديد الإجرائي اللازم لهذا قد يكون وبالتحديد مع مريض بمشكلات قليلة التنظيم. وفي نهاية العلاج يمكن للمريض والمعالج أن يقدرا بشكل مستقل عن بعضيهما مقدار تحقيق الهدف. والاستمارة التي نستخدمها لهذا الغرض هي استمارة تحقيق الهدف لشنايدر ومارغراف (1998،ب). كما أنه من المفيد الحصول على انطباع حول مقدار الإرهاق أو التقييد من خلال مخاوف المريض. وبما أن هذه يمكنها أن تتباين بشدة عبر المجالات الحياتية المختلفة، فإنه لابد من النظر لهذه المجالات بشكل منفصل. كما يمكن إجراء تقديرات منفصلة على مقاييس تقدير للتقييم في مجالات من مثل العمل والتعليم ووقت الفراغ أو الحياة الاجتماعية والحياة الأسرية والواجبات المنزلية، وذلك في بداية العلاج وفي نهايته ومقارنتها مع بعضها. وبهدف القياس المباشر لنجاح العلاج فقد برهن تقويمه العام من خلال المريض والمعالج. وهنا يطلب من المريض والمعالج أن يقوما على مقياس تقدير بتقدير إلى أي مدى تحسنت أو ساءت حالة المريض بالمقارنة مع بداية العلاج.

6- الإجراء التشخيصي

لابد من تجذير التشخيص التصنيفي أم البُعدي على حد سواء في سياق تشخيصي أوسع، يتضمن أيضاً بناء العلاقة والتشخيص التفريقي الجسدي. ويمكن تقسيم المرحلة التشخيصية للخطوات التالية، التي تتداخل في الغالب مع بعضها في الممارسة الإكلينيكية: الانطباع العام وبناء العلاقة والتشخيص التصنيفي والتشخيص التفريقي العضوي وتحليل المشكلة. ومن المعلومات التي يتم الحصول عليها يمكن اشتقاق مفاهيم علاجية خاصة بالاضطراب.

6.1 الانطباع العام وبناء العلاقة

تتمثل الخطوة الأولى في الحصول على انطباع عن المريض وشكاواه وبناء علاقة مثمرة، والتي تشكل الأساس للإجراء اللاحق. ومن المهم هنا إدارة جلسة هادئة ومتفهمة وغير تبخيسية بل نازعة للصفة المرضية depathologisation. وينبغي أن تسبق أسئلة المشخص قدر الإمكان مقدمة، تسهل على المريض الحديث حول مخاوفه. وفي جدول (6) تم عرض أمثلة للأسئلة التقديمية لاضطرابات القلق، بالشكل الذي نجدها فيه في غالبية المقابلات المبنية.

وتتيح تعابير المعالج والتي تظهر بأن مخاوف محددة معروفة وهي ليست نادرة أو أن بعض العواقب مفهومة وكثيراً ما تحصل، تتيح للمريض الانفتاح أكثر. فإذا كان من الصعب على رهابي الأماكن العامة السفر بالسيارة بشكل خاص مثلاً فإن هذا يرجح أنه سوف يكون الركوب في سيارة ببابين فقط على المقعد الخلفي أصعب من الركوب في سيارة بأربعة أبواب. فإذا ما سبق المعالج هذا فإن المريض سيشعر بالتفهم ويتمكن من بناء الثقة بالمعالج. كما يسهم تسبيق العواقب الانفعالية في علاقة مثمرة: وذلك عندما يستجيب المعالج على سبيل المثال على وصف مريض برهاب الأماكن العامة، والذي قلما يستطيع مغادرة منزله، بتعبير من نحو "لابد وأنك تشعر في أغلب الأحيان بالوحدة الشديدة" (قارن Fiegenbaum, Freitag & Frank,1992).

الجدول (6) أمثلة من الأسئلة لتشخيص اضطرابات القلق (مقتبس عن دائرة الخبراء لوضع برنامج مراحلي لتشخيص وعلاج أمراض القلق بالتعاون مع DEGAM1994)

- **مدخل:**

"كثير من الناس يشعرون في المواقف المختلفة بالخوف مرة. هل تستطيع أن تقول لي فيها إذا كانت المواقف أو الأمور التالية تسبب الخوف لك أو تحدث لديك رغبة بتجنبها؟"

اضطرابات الهلع:

"هل تعاني أحياناً من نوبات مفاجئة وغير متوقعة من القلق، من دون أن يكون هناك أي خطر حقيقي موجود"؟

- **رهاب الأماكن العامة:**

"هل هناك مواقف أو أماكن محددة، كالأسواق أو السفر بالسيارة أو تجمعات الناس أو المصاعد أو الأماكن المغلقة التي تسبب لك القلق (الخوف)، أو التي تتجنبها قدر الإمكان؟

- **الرهابات الاجتماعية:**

"أتخشى أو تتجنب مواقف معينة والتي قد تكون فيها مراقباً من الآخرين أو مقيماً منهم، كالحديث العلني أو تبادل المعلومات أو الحفلات أو المحادثات على سبيل المثال"؟

- **الرهابات النوعية**

"هل تخشى أو تتجنب أشياء أو أنشطة محددة، كالحيوانات أو المرتفعات أو الطيران أو النظر للدم أو للجراح؟"

- **اضطرابات القلق المعمم:**

"أتعاني غالباً من هموم شديدة مفرطة لا تستطيع التحكم بها كالهم حول الأمور الأسرية أو المهنية أو المالية على سبيل المثال"؟

كما أن استخدام مبادئ إدارة الجلسة التحفيزية (Miller & Rollnick,1999,2004) قد برهن على صلاحيته في تشخيص وعلاج المخاوف والرهابات (على سبيل المثال Burke, Arkowitz & Menchola,2003; Westra,2004). ويفترض ميللر ورولنيك من أن الأسلوب العلاجي بالمواجهة قد يقود إلى رفع مقاومة المريض في حين أن الأسلوب الداعم يقلل من المقاومة، أي أن المقاومة هنا لا تعد سمة من سمات المريض وإنما من مميزات العلاقة العلاجية.

وبما أن العلاج النفسي الاستعرافي يتطلب الكثير من مريض باضطرابات القلق، فإن عمل المريض والمعالج على وضع إستراتيجية مشتركة على درجة كبيرة من الأهمية. ومهمة المعالج هنا أن يكون حساسا للوضع الدافعي للمريض والاعتماد عليه لمنع فرط إرهاق المريض. والسؤال الذي ينبغي له أن يقود المعالج عبر العلاج كله ليس "لماذا لا توجد دافعية لدى هذا المريض؟" وإنما "علام هو محفوز" (Miller & Rollnick ,2004; P.38). ومن منظور إدارة الجلسة التحفيزية لا يتم النظر للمرضى من حيث المبدأ على أنهم غير محفوزين وإنما مشتتين. فغالباً ما يكون مرضى القلق واقعين في صراع إقدام-إحجام. ويكمن التحدي بالنسبة للمعالج في توضيح التناقض (الصراع)ومن ثم تعزيزه من أجل إحداث ارتفاع في الدافعية الداخلية لدى المريض. وبداية في الخطوة التالية يمكن حل الصراع، بأن يساعد المعالج المريض على اتخاذ قرار لتحريك نفسه باتجاه التعديل. ويقترح فيغينباوم (على سبيل المثال Fiegenbaum & Tuschen, 2000) تعاملاً شبيهاً مع الصراع من خلال مبدأه "تأصيل المنظومة System Immanence"، ويقصد به أنه على المعالج والمشخص أن يستحضرا المنظومة الذاتية والاستعرافية والانفعالية للمريض، أي عليهم سبر اتجاهات وتحفظات واستنتاجات ومشاعر المريض من أجل التمكن من صياغة نموذج التفسير المشتق والتخطيط للعلاج وتنفيذه بالتوافق مع شخص المريض.

ولا يتناقض هذا النوع من بناء العلاقة مع منطق (فكرة) المواجهة الذي يستخدم

في العلاج في كل المخاوف والرهابات؛ فالهدف هو على الرغم من الاتجاه التعاوني تحقيق مواجهة مستقلة للمواقف المشحونة بالخوف من خلال المريض من دون المساعدة العلاجية. ويتم في مرحلة التحضير التوضيح عواقب تصرفات الأمان للمريض (في شكل وجود المعالج كشخص مانح للأمان على سبيل المثال) أما اتخاذ القرار فيما يتعلق بتأييد منطق المواجهة أو رفضه فهو أمر خاص بالمريض.

6.2 التشخيص التصنيفي والتشخيص التفريقي العضوي

ليس من النادر أن يشعر المرضى بالمخاوف والرهابات بالتخفيف عنهم عندما يتم "تشخيصهم". وغالباً ما يتم عمل تشخيص اضطرابات القلق وبشكل خاص اضطرابات الهلع واضطرابات القلق المعمم كتشخيص استبعاد، وهكذا هم المرضى الذين يأتون للمتخصص النفسي، غالباً ما يكونوا قد مروا بفحوصات جسدية، انتهت بالإخبار المألوف، بأنه لا يوجد أي شيء لديهم. وغالباً ما يعيش المرضى هذا التناقض بين هذا الإعلام والأعراض التي يشعرون بمأساويتها على أنه مرهق وغالباً ما يجعل المرضى يشككون بأنفسهم وبالمشخص. لهذا فإن كثير من المرضى يشعرون بالتخفيف عنهم عندما يعلمون أن لمعاناتهم اسم. فالتشخيص يبين للمريض بأنه "ليس" لديه شيء، وإنما يشاركون مشكلتهم أشخاصاً آخرين وهم في المكان الذي يعرف فيه المرء هذه المشكلة ومن ثم يعرف كيف يمكن التعامل معها.

وقبل البدء بالعلاج لابد من استبعاد وجود سلسلة من المتلازمات العضوية التي قد ترتبط بالشكاوى النفسية. وحتى لو أنه من النادر جداً أن يعاني مرضى القلق الذين يحضرون للمعالجين السلوكيين من أمراض جسدية بالفعل، قد تفسر شكاواهم النفسية، فلا بد أن يكون التشخيص التفريقي الجسدي من قبل طبيب أمراً روتينياً وإلا سيكون خطر التعامي عن وجود مرض يحتاج للعلاج وربما مهدداً للحياة كبيراً جداً.

6.3 تحليل المشكلة

اقترح باركلنغ وإيكلماير (1996) ترتيباً للتخطيط للعلاج يتألف من تصويرة لحل المشكلات مكونة من خمس مراتب. ففي المرحلة الأولى يتم طرح المشكلة، أي تحديد كل مجالات المشكلة الموجودة عند المريض (كالاضطراب المختلط الموجود، المشكلات على المحاور الأخرى للدي.أس.أم.DSM...الخ على سبيل المثال) وتحديدها عن بعضها وربطها بعلاقات (ربطها مع السياق). فعلى سبيل المثال يمكن هنا أن يتم توضيح فيما إذا كان سوء استهلاك الكحول الموجود يمثل محاولة مواجهة فاشلة لاضطرابات القلق أم أنه كان موجوداً مسبقاً قبل اضطراب القلق وينبغي النظر إليه على أنه عامل مساهم في استثارة اضطراب القلق؛ وينبغي تحليل مشكلات العلاقة والمشكلات المالية ومشكلات العمل...الخ من خلال أهميتها في التفاعل مع القلق. وبعدئذ يتم وضع المجالات الجزئية المختلفة ضمن تسلسل معالجة (تسلسل تفحصي أو تمحيصي). ومن منظور المعالجين تشكل اضطرابات القلق عند وجود مجالات متعددة من المشكلة في الغالب المشكلة الملحة، وينبغي مراعاة ذلك كي لا يتم تعريض دافعية المريض للخطر. ففي مثالنا يعني هذا ربط تخفيض استهلاك الكحول بشكل وثيق مع علاج أعراض القلق، وذلك بدمجها على سبيل المثال في منطق المواجهة (سوء استهلاك الكحول كإستراتيجية تجنب).

وتشمل المرحلة الثانية التحليل الفعلي للمشكلة. وهنا لابد من وضع الظروف الراهنة والدائمة الموجهة للسلوك في نموذج، يوضح نشوء الإشكالية واستمراريتها. وتتكون العناصر الأساسية للنموذج من سمات الموقف (الذي يظهر فيه الخوف)، وتوقعات المريض وشروط العضوية وسلوك المريض والعواقب الناجمة. وينبغي أن يتم وصف الموقف بناء على كل السمات المهمة بالنسبة للمريض. فبالنسبة للمريضة في الشكل (1) يمكن أن يعني هذا أن يتم ذكر بأن الباص مزدحم والطقس أقرب للرطب والحار، وأنها ترتدي ثياباً دافئة، والنوافذ مغلقة في الباص، وزوجها غير موجود الأمر

الذي يجعلها تشعر بالتهديد من كل شيئ. ويمكن لتوقعاتها على سبيل المثال أن تتألف من أن عليها الظهور بشكل "طبيعي" وأن عليها ألا ترهق جسدها كثيراً. ومن علامات متغيرات العضوية يمكن أن تكون أنها لم تنم كثيراً في الليلة السابقة، وأنها منهكة من العمل أو لديها استعداد لارتفاع ضغط الدم. ويمكن وصف سلوكها على عدة مستويات؛ انفعالياً من خلال القلق و فيزيولوجياً من خلال ارتفاع نبض القلب وضيق النفس وألم الصدر، وحركياً من خلال النهوض المتوتر عن المقعد والنزول من الباص واستعرافياً من خلال أفكار من نحو: "لن يتحمل قلبي ذلك"، "في الباص الكثير من الازدحام والقليل من الهواء"...الخ. أما النتائج فهي أن المريضة شعرت بالراحة بعد مغادرتها الباص بوقت قصير، إلا أنها على المدى البعيد قد بخست من نفسها لأنها لم تتحمل ثانية الموقف كما هو متوقع، أي أن توقعات كفاءتها الذاتية تنخفض على المدى البعيد ويرتفع خوفها من مثل هذه المواقف.

ولا يمكن إنجاز تحليل المشكلة قبل بداية العلاج إلا بصورة جزئية. إذ غالباً ما تظهر معلومات مهمة أخرى إضافية، مثل المحرضات الموقفية المختلفة للمخاوف أو الاستجابات المؤتمتة واستراتيجيات الأمان للمريض بداية في مجرى تمارين المواجهة في الغالب.

وفي المرحلة الثالثة، تحليل الهدف، ينبغي عما صياغة واضحة لأهداف المريض تلك الأهداف التي كانت مستخلصة حتى الآن بشكل ضمني وكذلك لأهداف المعالج أو المشاركين الآخرين مع مراعاة دوافع التعديل عند المريض. فمن الممكن أن يكون هدف مريضتنا في المثال السابق، التحكم بمجرى حياتها اليومية من دون مساعدة وقلق. وبشكل ملموس قد يعني هذا التمكن من التسوق لوحدها، استخدام وسائط النقل العامة من دون أية وسائل مساعِدة (كالهاتف النقال أو الدواء أو شخص مرافق على سبيل المثال).

وفي المرحلة الرابعة يتم تصميم خطة معالجة ملموس وتنفيذ العلاج والتي لابد من اختبار نتائجها في المرحلة الخامسة الأخيرة وتقويمها.

7- خلاصة واستنتاجات.

تعد اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً وتأخذ مساراً مزمناً إذا لم تعالج. وقد برهنت برامج العلاج السلوكية الاستعرافية الخاصة بالاضطراب على أنها فاعلة كبرامج علاجية وتشترط التشخيص المسبق الصادق والموثوق. وتتيح الإدارة الهادئة النازعة للإمراضية انفتاح المريض. ويتيح التوليف بين التقييم الفئوي والبُعدي للمعلومات الحصول على المعلومات اللازمة للتخطيط للعلاج وتقويمه: ومن أجل هذا الغرض تتوفر طائفة واسعة من الأدوات التشخيصية الصادقة والموثوقة والجيدة والمقومة سيكومترياً إلى حد كبير، والتي تم تلخيصها في هذا الفصل. إلا أنه بالنسبة للتشخيص القائم على التعديل لا يمكن الاستغناء أيضاً عن الجلسة الاستقصائية (السابرة) التي يتم فيها تحديد العوامل المحرضة والمحافظة على الاستمرارية لاضطرابات القلق والرهابات. ولابد لهذه الجلسة أن تسترشد دائماً بنماذج التفسير الخاصة بالاضطراب المعروضة في هذا الفصل.

ومن المؤكد أن التحدي الأكبر بالنسبة للتشخيص القائم على التعديل يتمثل في التعامل مع صور الاضطرابات المختلطة. ويفترض للتشخيص الدقيق أن يمكن المعالج بعد ختام المرحلة التشخيصية الحصول على إرشادات تصرف واضحة بالنسبة لتنفيذ العلاج. إلا أنه مازالت الأدوات الملائمة من أجل هذا الغرض غير متوفرة.

بالإضافة إلى ذلك قد يتيح توفر أدوات معيرة للحصول على البيانات الفيزيولوجية في مجرى العلاج، وبشكل خاص نبض القلب والاستجابات الجلدية الكهربائية توسيع التخطيط للعلاج ونجاح التشخيص لاضطرابات القلق بشكل مثمر. وأخيراً من المرغوب توضيح ربط المبدأ البُعدي والفئوي في منظومات التشخيص. ومن المتوقع للطبعة الخامسة من الدس أس أم الدي.أس.أم.DSM-V أن تأخذ هذا الجانب بعين الاعتبار.

22-الاضطرابات القهرية

هانسرودي أمبول وبيرند رولره
Hansruedi Ambuehl & Bernd Roehrle

1- الوصف
2- الانتشار والمجرى والاختلاطية
3- التشخيص التصنيفي للاضطرابات القهرية
4- التحديدات التشخيصية التفريقية
5- التشخيص القائم على التعديل
6- طرق الفحص
6.1 طرق الفحص التصنيفي
6.2 طرق الفحص المهمة من الناحية التعديلية
7- علاقة المشخص-المريض
8- الاضطرابات القهرية لدى الأطفال واليافعين
9- ملاحظات ختامية

1-الوصف

في الطب النفسي للقرن التاسع عشر تم بداية اعتبار ظواهر القهر شكلاً خاصة من الهذيان، مع العلم أن أولى عروض الحالات الإكلينيكية للطبيب الفرنسي إسكيرول والذي وصف أول حالة لمريضة بتصورات قهرية قد أشارت إلى أن المرأة التي تمتلك ذكاءً سليماً كانت مقتنعة بعدم منطقية تصوراتها (Hofmann & Hofmann,2004). وقد قدم جانيت (Janet,19030) أول عرض تفصيلي للأوضاع القهرية، وميز بين "الأفكار القهرية Ideés obsédiantes" و"الأفعال القهرية Agitationes forcées" وأطلق على السلوك أنه قهري عندما يحصل نتيجة للأفكار القهرية ويمثل محاولة لصد خطر ما (Hofmann, 1988b).

ارتكب السيد عدنان البالغ من العمر 22 سنة ويعمل مساعد صيدلي في أثناء تقويم سري لجودة الخدمة خطأً سخيفاً في الاستشارة، الأمر الذي قاد إلى حصول الصيدلية على تقدير سيء. شعر عدنان أن المسؤولية التي يتحملها فوق طاقته وأصبح مطرد الشك في أنه لا يعطي الجرعة الصحيحة من الأدوية. ومؤخراً أصبح شكه في الأدوية التي قد تكون خطيرة كبيراً لدرجة أنه عانى من قلق مرعب ونوبات تعرق واتصل حوالي خمس مرات بالزبون من أجل تهدئة شكه بالجرعة المناسبة.

تبلغ السيدة فاديا 23 سنة وتدرس الطب في الجامعة. ومنذ وقت طويل تعذبها أفكار من نحو "قد أهجم على أمي بالسكين"، "سيحصل شيئاً مرعباً لوالديَّ"...الخ. وهذه الأفكار ترهق السيدة فاديا جداً وتمنعها من التركيز على دراستها. وعندما تدور مثل هذه الأفكار في رأسها تجد نفسها مجبرة على قطع النشاط الذي تقوم به الآن أو تعكسه (إبطال) وتعيده بشكل مقصود (مترافق بأفكار "طيبة"). ففي حال وجود أفكار سيئة تجد نفسها تمسح على سبيل المثال ملاحظات المحاضرات بالمزيل، الأمر الذي يقود إلى عدم قدرتها على لحاق بقية المحاضرة وتحمل معها في النهاية للبيت أوراقاً لا نفع منها مملوءة بثغرات كثيرة.

فما هي سمات الاضطراب القهري؟

تشمل الاضطرابات القهرية في العادة الأفكار القهرية (في الإنجليزية "Obsessions") والأفكار القهرية (في الإنجليزية "compulsions"). والأفكار القهرية هي أفكار أو نزوعات أو تصورات مزعجة، غير إرادية، تقتحم الشخص. وكلما كانت مثل هذه الأفكار الملحة غير مقبولة ومستنكرة أكثر بالنسبة للشخص المعني، فسوف يشعر هذا الشخص بضيق وقلق أكبر عند ظهورها.

الأفعال القهرية الصريحة أو المغطاة بوصفها استجابات لا إرادية على الأفكار القهرية (ما يسمى "بالتحييدات Neutralizations") هي في العادة تصرفات متكررة تتم وفق قواعد محددة ذاتياً وتقود إلى التهدئة المؤقتة للشخص.

ومن أشهر اضطرابات القهر من ناحية الأفكار القهرية المخاوف (مثال: "هل أصبت نفسي بعدوى الإيدز؟")، أو النزوعات العدوانية أو الدينية (مثال: "أكاد ألصق ابني بالحائط") وصور وتصورات (مثال: "صور مرعبة من جز الرقبة").

ونميز في التصرفات القهرية بين قهر الضبط (كالتأكد المتكرر من الغاز) وقهر الغسيل (كالغسيل الطقسي للأيدي) وقهر الترتيب (كالترتيب المتحذلق للثياب في الخزانة) وقهر التجميع والتكديس (كالاحتفاظ بكل ما يدخل البيت)، وقهر التدوير (قبل الاتصال بالهاتف على سبيل المثال ضغط رقم الهاتف خمس مرات، كي لا يسمع المرء خبراً سيئاً) وتقليب الفكر القهري (كسلاسل من الأفكار الطويلة غير المثمرة) والبطء القهري (كالعناية البطيئة جداً بالجسد والمستنزفة للوقت).

2- الانتشار والمجرى والاختلاطية

تمثل الاضطرابات القهرية بنسبة انتشار مدى العمر بين 2-3٪ الاضطراب النفسي الواقع في المرتبة الرابعة بعد الرهابات والاكتئابات وأمراض الإدمان (& Rasmussen Eisen, 1992; APA, 2000). وتبلغ نسبة الانتشار لسنة واحدة بين 0,7 و1,6٪ (Clark,2004). وتتساوى نسبة الذكور والإناث تقريباً في الاضطرابات القهرية (Lochner & Stein,2001). ومقارنة بنتائج من دراسات أقدم أمكن إظهار أن الدرجات الأدنى من التعليم تعاني بشكل أكثر من هذه الاضطرابات (Clark, 2004).

وتبدو الاضطرابات القهرية بحد ذاتها غير مرتبطة بالثقافة (عابرة للثقافة) إلا أن العوامل الثقافية والراهنة قد تؤثر على مواضيع الأفكار والطقوس القهرية (Antony, Downie & Swinson,1998)

وعادة ما يبدأ الاضطراب القهري في وقت مبكر جداً. فحوالي خمس المرضى كان قد أصيب في الطفولة، ولدى الغالبية يظهر الاضطراب في المراهقة أو في سن الرشد المبكر. وثلاثة أرباع المرضى يمرضون قبل سن الثلاثين، ومن النادر أن يظهر الاضطراب بعد سن الأربعين. وتتسم الاضطرابات القهرية ذات بالديمومة ومن النادر ملاحظة أطوار طويلة خالية من الأعراض (Rastmussen & Eisen, 1991; APA,2000). ولدى الرجال يبلغ متوسط سن المرض في حوالي العشرين ولدى النساء في حوالي 25 سنة (Minichiello, Baer, Jenike &Holland, 1990; Lochner et al., 2004)

ويمكن لنوع الظهور أن يكون مفاجئاً أو متدرجاً على حد سواء. ويوجد ميل لأطوار تستمر طويلاً ومجرى مزمن (Clark, 2004). وتظهر الاضطرابات القهرية داخل الأسرة بشكل متكرر (Torgeson,1983; Clark,2004). فحوالي 5٪ من مرضى القهر يعانون كذلك من الاضطرابات القهرية (Rassmussen & Tsuang, 1998). الأمر الذي يرجح بأن النقل الوراثي المرتبط مع تأثيرات أسرية أخرى يلعب دوراً مهماً في الاضطرابات القهرية. وغالباً ما تظهر الاضطرابات القهرية مع اضطرابات نفسية أخرى، مع العلم أن نسب الاختلاط تتنوع بشدة حسب الدراسة. ومن أكثر الاضطرابات التي تظهر مع الاضطرابات القهرية الاضطرابات الوجدانية واضطرابات القلق. فمن بين 20 حتى 50٪ من المرضى الذين يعانون من اضطراب وجداني فإن احتمال أن يعقب الاضطراب القهري اضطراب اكتئابي يبلغ ثلاثة أضعاف مما لو كان العكس (Marks,1987). وتبلغ أعلى نسبة من الاختلاطية من القهر مع المحور الثاني من الاضطراب حيث نجدها في اضطرابات الشخصية من المصفوفة C (وبشكل خاص اضطرابات الشخصية غير الواثقة-المتجنبة، المتعلقة والقهرية) (:Denys, Tennys, van Megen, De Geus & Westenberg, 2004 .(Ruppert, Zaudig, Reinecker, Thora & Hauke,2001

فالاضطرابات القهرية أكثر انتشاراً مما كان يفترض قبل عدة سنوات. وتظهر في الغالب مع الاكتئابات واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية ومازال يتم حتى اليوم للأسف تجاهلها كاضطراب نفسي مستقل.

3- التشخيص التصنيفي لاضطرابات القهر

يتم وصف الاضطرابات القهرية في منظومتا التشخيص الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV;APA,2000والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 (منظمة الصحة العالمية، 1992)، كفئة اضطراب مستقل (قارن عكاشة، 2001). ففي الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV يتم تصنيف الاضطرابات القهرية تحت اضطرابات القلق. ويتم الافتراض بأن التصرفات القهرية في العادة تقوم على الأفكار القهرية وذلك بطريقة تمثل فيها استجابات حركية أو استعرافية على القلق والانزعاج، التي يتم تسبيبها من خلال أفكار مثيرة للقلق متكررة ومستمرة. وفي الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تم تجميع الاضطرابات القهرية في فصل الاضطرابات العصابية واضطرابات الإرهاق (الضغط) والاضطرابات من الشكل الجسدي (WHO,2000). ويتألف العنصر الجوهري في الاضطرابات القهرية حسب ذلك في ظهور أفكار أو تصرفات متكررة يتعرف عليها المعني بأنها مرضية، ولكنها تترافق بالقهر وعدم القدرة على مقاومتها.

حول التفريق بين الدي.أس.أمDSM. الآي.سي.دي.ICD

تم وصف الاضطرابات القهرية في كلتا منظومتي التصنيف العالمية بشكل مشابه، غير أنه في الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV بشكل أكثر دقة وصرامة إلى حد ما. إلا أنه هناك خلاف حول تصنيف الاضطرابات القهرية ضمن اضطرابات القلق ذلك أن أهمية القلق ليست دائماً ممكنة البرهان، ويفترض وجود عمليات بيوكيميائية مختلفة ويستنتج وجود تقاطعات شديدة في السمات مع الاضطرابات الحركية (كالعرات على سبيل المثال) (قان بشكل عام كلارك، 2004 ص. 6 وما بعد). كما أن الحجج من نحو التضررات الأشد بالنسبة للمعنيين والنسب العالية من الانتكاس وعدم فاعلية مضادات القلق والطبيعة غير النوعية (القلق/ الانزعاج anxiety/ discomfort) لا تؤيد ذلك إلى حد ما (Montgomery,1992) وكون الاضطرابات القهرية متشابكة بقوة مع الاكتئابات أيضاً (النسبة العالية من الاختلاطية)، فإن بعض الدلائل تشير إلى أن القهر

أقرب لأن يحتل مركزاً وسطياً بين اضطرابات القلق والاضطرابات الوجدانية (Lakatos& Reinecker,1999)

المحكات التشخيصية لاضطرابات القهر وفق الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV(300.3)

A. إما أفكار قهر أو تصرفات قهرية: أفكار قهرية محددة من خلال (1) و(2) و(3) و(4):

1- الأفكار أو النزوعات أو التصورات المتكررة والمستمرة والتي يتم الإحساس بها في بعض الأحيان في أثناء الاضطراب على أنها ملحاحة وغير مناسبة وتستثير قلقاً واضحاً وضيقاً شديداً.

2- الأفكار أو النزوعات أو التصورات ليست مجرد هموم مبالغ بها حول مشكلات الحياة الواقعية.

3- يحاول الشخص إنكار هذه الأفكار أو النزوعات أو التصورات أو قمعها أو تحييدها بمساعدة أفكار أو تصرفات أخرى.

4- يعرف الشخص أن الأفكار أو النزوعات أو التصورات القهرية هي مجرد نتاج لذهنه الخاص (وليست مدخلة إليه من الخارج كما هو الحال في الوحي بالأفكار)

التصرفات القهرية كما هي محددة في (1) و(2)

1- تصرفات متكررة (كغسيل الأيدي أو الترتيب أو الضبط على سبيل المثال) أو الأفعال الفكرية (كالدعاء أو العد أو تكرار الكلمات بصمت)، يشعر الشخص بأنه مجبر عليها استجابة للأفكار القهرية أو بسبب قواعد عليه أن يتبعها بشكل صارم.

2- تفيد التصرفات القهرية أو الأفعال الفكرية في منع الضيق أو تقليله والوقاية من الأحداث أو المواقف التي يخشى منها؛ إلا أنه ليس لهذه التصرفات أو الأفعال الفكرية أية علاقة واقعية أبداً بما تهدف هذه إلى تحييده أو منعه، أو أنها مبالغ بها بشكل واضح.

B. في وقت ما من مجرى الاضطراب عرف الشخص بأن الأفكار أو التصرفات القهرية مبالغ بها أو غير مبررة.

انتبه: ليس بالضرورة أن يكون هذا هو الحال لدى الأطفال

C. تسبب الأفكار أو التصرفات القهرية إرهاقاً شديداً ومستنزفة للوقت (تحتاج لأكثر من ساعة بالنهار) أو تؤذي الروتين اليومي الطبيعي للشخص بوضوح، أو الوظائف المهنية (أو المدرسية) أو النشاطات والعلاقات المعتادة.

D. في حال وجود اضطراب آخر من المحور الأول فلابد ألا يكون محتوى الأفكار والتصرفات القهرية مقتصراً عليه (كالانشغال المفرط بالأكل عند وجود اضطراب أكل، أو اقتلاع الشعر عند وجود هوس نزع الشعر Trichotillomania، أو القلق على المظهر الخارجي عند وجود اضطراب سوء تشكل الجسد، والانشغال الشديد بالعقاقير عند وجود اضطراب في سياق المواد المسببة للإدمان، أو الانشغال المفرط بمرض شديد عند وجود توهم المرض (المراق) أو الانشغال الشديد بالحاجات أو الخيالات الجنسية عند وجود الاستعراضية Paraphilias أو الانشغال الفكري بالذنب عند وجود اكتئاب أساسي).

E. لا ترجع صورة الاضطراب إلى تأثير جسدي مباشر لمادة ما (كعقار أو دواء ما على سبيل المثال) أو عامل جسدي طبي.

حدد فيما إذا كان:

مع قليل من الاستبصار: إذا كان الشخص غالبية الوقت في أثناء الطور الراهن لا يتعرف على أن الأفكار أو التصرفات القهرية مبالغ بها أو غير مبررة.

المحكات التشخيصية لاضطرابات القهر وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10(F4)

A. إما أفكار أو تصرفات قهرية (أو كليهما) في غالبية الأيام لفترة زمنية تستمر لأسبوعين على الأغلب.

تُبدي الأفكار القهرية (أفكار أو تصورات) والتصرفات القهرية السمات التالية:

1- يراها المعني بأنها مجرد أفكاره أو تصرفاته هو وليست موحاة له من أشخاص أو تأثيرات أخرى.

2- تتكرر باستمرار وينزعج منها الشخص ويتم التعرف على فكرة أو تصرف واحد على الأقل على أنه مبالغ به أو لا معنى له.

3- يحاول المعنيون المقاومة (إلا أنه في حال الأفكار والتصرفات القهرية القائمة لفترة طويلة يمكن للمقاومة أن تكون ضئيلة جداً). تكون المقاومة لفكرة أو تصرف قهري واحد على الأقل بلا طائل في الوقت الراهن.

4- تنفيذ الفكرة أو التصرف القهري غير مريح بحد ذاته (وينبغي تمييز هذا عن التخفيف العابر للتوتر أو القلق)

B. يعاني المعنيون من الأفكار أو التصرفات القهرية أو يتأذون في محيطهم الاجتماعي أو الفردي، غالباً من خلال الاستهلاك الكبير للوقت.

C. أكثر محك من محكات الاستبعاد: الاضطراب ليس ناجماً عن اضطراب نفسي آخر كالفصام والاضطرابات القريبة (F2) أو الاضطرابات الوجدانية (F3).

4- التحديدات التشخيصية التفريقية

توجد مجموعة من صور الاضطرابات التي تتشابه وتتقاطع مع الاضطرابات القهرية.

تختلف اضطرابات الشخصية القهرية عن الاضطرابات القهرية في أن المعنيين مقتنعين من جهة بأن سلوكهم ورؤيتهم صحيحين (الاتساق مع الأنا Ego-Syntone) وبأنها من جهة أخرى لا تظهر أفكاراً أو تصرفات قهرية.

تتميز الاضطرابات القهرية والرهابات بتجنب المواقف والمواضيع المخيفة. بالمقابل تفتقد الرهابات وكل اضطرابات القلق الأخرى للأفكار والتصرفات القهرية

المميزة للاضطرابات القهرية. كما أن القلق الظاهر في الاضطرابات القهرية ليس مرتبطاً بشكل مباشر بالمثير المحرض للقلق (كالكلب على سبيل المثال) وإنما بالعواقب المرتبطة بذلك (كالخوف من العدوى على سبيل المثال).

عزو المسؤولية المرتفع للذات فيما يتعلق بالمخاوف نجده أيضاً لدى مرضى الاكتئاب. إلا أنه في حين أن أفكار المرضى المكتئبين تتمحور على الماضي في الغالب فإن ما يهم مرضى القهر هو منع الكوارث المستقبلية (Ecker,2001). ومن الصعب في بعض الأحيان تمييز بعض الطقوس الاستعرافية - وبشكل خاص في شكل سلاسل الأفكار (بالإنجليزية "الأفكار الاجترارية ruminations")- عن الانشغال الفكري الاكتئابي. ففي حين أنه يتم الإحساس بالانشغال الفكري الاكتئابي على أنه منسجم مع المزاج (اتساق الأنا Ego-Syntone)، فإن الانشغال القهري غالباً ما يشعر به الشخص على أنه مبالغ به (متناقض مع الأنا Ego-Dystone). ونجد قائمة من سمات التفريق بين الأفكار القهرية والانشغال والأفكار السلبية الآلية لدى كلارك (2004، صفحة 37 وما بعد). ويبدو أن الأفكار القهرية تتميز بأنها لا تقوم على الذات بدرجة كبيرة وأن التصرفات والأفكار مرتبطة مع بعضها بصورة وثيقة وأنها تعاش أكثر على أنها مسببة ذاتياً ومتيسرة (قريبة المنال) إلا أنها في الوقت نفسه صعبة السيطرة وليس من السهل تقبلها، وقلما تكون منفتحة على الحوار المنطقي.

والمحك العام للتمييز بين الاضطرابات القهرية والفصامات هو القدرة الموجودة لدى المرضى بالاضطرابات القهرية لاختبار الواقع. بالإضافة إلى ذلك يحصل في حالات الاضطرابات القهرية النزوع للتفكير بشيء محدد أو عمل شيء معين من الشخص نفسه في حين أن الأفكار لدى الفصاميين غالباً ما تعاش على أنها موحاة من الخارج.

يحاول الأشخاص الذين يعانون من القهر الدفاع عن أنفسهم ضد الأفكار الملحاحة - فهم يشعرون بأنهم مسؤولون عن ذلك ومذنبون- الأمر الذي قلما نجده

لدى الفصاميين. وبسبب قهر التفكير أو التصرف الذي يبدو غريباً جداً أحياناً فإنه ليس من النادر أن يتم تشخيص الاضطرابات القهرية بشكل خطأ على أنها فصامات.

وقد تمت الإشارة في السنوات الأخيرة من جهات عدة إلى تشابهات مشتركة بين الاضطرابات القهرية واضطرابات أخرى معينة. وقد تم تجميع هذه الاضطرابات تحت تسمية "الاضطرابات من الطيف القهري Obsessive-compulsive spectrum disorders"(Hollander,1993; Hollander & Rosen,2001). ومن بين هذه الاضطرابات بشكل أساسي العرات (كمتلازمة توريت) أو اضطرابات ضبط الدافع (هوس نتف الشعر trichotillomania على سبيل المثال) والاضطرابات ذات الشكل الجسدي (اضطراب سوء تشكل الجسد على سبيل المثال) واضطرابات الطعام (كفقدان الشهية العصبي) (قارن الفصل 36– التشخيص النفسي الإكلينيكي -3- الجزء الثاني).

5- التشخيص القائم على التعديل

بعد أن يتم التمكن من تحديد وجود اضطراب قهري بشكل واضح بناء على منظومات التصنيف المستخدمة – ثبات مرتفع واقع فوق المتوسط high Interraterreliability over mean (Freyberger, Dittmann, Stieglitz & Dilling,1990, Freyberger, Schneider & Malchow,1995) يطرح السؤال نفسه ما هي المعلومات التشخيصية الضرورية بالإضافة إلى ذلك بالنسبة لطرح الدلائل indication والتخطيط للعلاج.

وهنا يسترشد المرء في البداية بالنموذج العام لتحليل المشكلة للحصول على كل المستويات للإشكالية، وبشكل خاص علاقاتها الوظيفية (سياقاتها الوظيفية) (قارن الفصل الثاني من التشخيص النفسي الإكلينيكي-1). بالإضافة إلى ذلك يتضمن الحصول على المعلومات عمل جرد قائم على الأعراض للاضطراب القهري والذي يفترض له أن يقدم مبررات طرح الدليل العلاجي وأسس العلاج. ويتطلب هذا:

- الحصول على معلومات حول تطور الاضطراب القهري (المشكلة الكامنة خلف الاضطراب، تاريخ الحياة، النموذج الذاتي للمرض).
- معلومات حول استمرارية الاضطراب القهري (الشكل، ديناميكية المجرى، مجرى وعواقب الأعراض القهرية، الأسس الاستعرافية لاضطرابات القهر).
- توضيح الفائدة الممكنة للقهر (الفائدة الضمن فردية والتفاعلية Intraindividual and Interactional Functionality)
- توضيح الموارد من أجل العلاج (موارد المريض ومحيطه الشخصي).

وفيما يلي من الحديث سوف نقوم بتوضيح مثل هذه المظاهر.

وفقاً للرؤية التحليلية النفسية التقليدية يكمن خلف الاضطراب القهري صراع أساسي بين النزوعات الدافعية (العدوانية والليبدوية) وهيئة الأنا الأعلى الجامدة. وإلى جانب هذا المنشأ الليبدوي يجعل النموذج التحليلي النفسي "التثبيت" على المرحلة الشرجية السابقة مسؤولاً عن الاضطراب القهري، لأنه لم يتم عبور هذه المرحلة بنجاح وبشكل مشبع بناء على تربية قسرية على النظافة وترتيب مبالغ به (lang, 1998).وقد فسر فرويد (1895) الأعراض القهرية بالآلية النفسية "الإزاحة"، بأن افترض أنه من خلال نمو عرض قهري تتم إزاحة إشكالية محددة (غير محلولة) عبر ربط خطأ إلى مستوى آخر. كما توصل هوفمان أيضاً إلى فرضية للقهر كحل زائف للصراع حيث وصف القهر كوسيلة تصديقية (إثباتية) بالأصل لمواجهة فوضى المشاعر ولتحقيق ضبط زائف للعالم الداخلي (Hoffmann,1998). وفي سياق المسائل التشخيصية من النوع غير المرتبط بالنظرية أيضاً قد تقود الفرضية للبحث عن الصراع بين النزوعات المختلفة للتصرف، أي بين النظام والأمان والكمالية من جهة وبين الفوضى والمؤقت والخطر من ناحية أخرى.

وتعني فرضية الإشكالية الكامنة خلف الأعراض القهرية فيما يتعلق بالتشخيص

بشكل خاص البحث في التنشئة الاجتماعية للمريض عن شروط منمية ومثيرة (فقدان الأمن في النمو، الأحداث الحياتية الحرجة، التي تفعل فعل الأحداث الصادمة)، الأمراض الجسمية، الدخول في مرحلة حياتية جديدة بمطالب جديدة). إلا أنه لا يجوز الانطلاق من الفرضية بأنه لابد بالضرورة من إيجاد مثل هذه المثيرات (المحرضات) .(Clark,2004)

وبما أن الأعراض القهرية التي تنشأ مرة تتخذ بعد وقت قصير ديناميكيتها الخاصة، التي تحافظ على استمرارية الاضطراب بصورة مستقلة أيضاً عن ظروف نشوءه فإنه مما لابد منه من الزاوية التشخيصية تحديد مظاهر ديناميكية المجرى الخاصة بالاضطراب بشكل أدق. ومن أجل ذلك تعد النماذج التي تقدم معلومات حول استمرارية اضطراب القهر مهمة بشكل خاص.

ووفق نظرية العاملين لماورير (1947) تحصل استمرارية القهر لأن المعنيين يتجنبون باستمرار الاتصال مع المنبهات التي تحمل في طياتها إمكانية استثارة القهر (كأكرة الباب على سبيل المثال) (سلوك تجنب سلبي). وقد تم مراراً إيراد الدليل على العلاقات التعزيزية السلبية. لهذا لا يعودوا قادرين على عمل خبرة أن المواقف غير خطيرة أو مهددة بالشكل الذي يتوقعونه، ومن ناحية أخرى يتمكن المعنيون بمساعدة الطقوس القهرية تخفيض مشاعرهم بالقلق والتوتر أو حتى منعها كلية. (سلوك تجنب فاعل). وبما أن لطقوس القهر نتائج إيجابية على المدى القصير (التهدئة والانشراح)، فإنها تتعزز سلبياً - بلغة نظرية التعلم-. وعليه فإن لابد وفق النموذج السلوكي التقليدي السؤال عن المثيرات من النوع الداخلي والخارجي وعن أنماط الاستجابات والعواقب المتنوعة (قارن lark,2004; Hauke & Niedermeier,1998; Niedermeier & Bossert-Zaudig,1998).

والمتغيرات المهمة لتحديد أعراض القهر هي تكرار سلوك المشكلة ومدتها وتحديد العوامل المثيرة وخبرة سلوك التجنب السلبي والفاعل وتحديد الأمان الذاتي واحتمال

ظهور التوقعات والاستعرافات المشاركة وتحديد العواقب السلبية قصيرة وبعيدة الأمد لأعراض القهر. كما يمكن تحديد المحددات المهمة لمنظومة القهر من خلال التحليل الدقيق لديناميكية المجرى (Hoffmann,2004). وقد يكون قياس ما يسمى بالتأثيرات الجانبية – من نحو استهلاك ورق التواليت، وعدد قطع الثياب "النظيفة" وغيرها على سبيل المثال (Bossert-Zaudig,1998)– مفيداً من أجل تقدير درجة طقوس قهرية محددة.

ويكمل النموذج الاستعرافي السلوكي حول الاضطرابات القهرية نموذج العاملين بمظاهر جوهرية بالنسبة للقهر، ألا وهي تقويم وأهمية الأفكار القهرية وما ينجم عن ذلك من مطالب التصرف (Salkovskis,1998; Clark,2004). فالأفكار اللاإرادية المقتحمة لا تتحول إلى أفكار قهرية إلا عندما يتم تقديرها بأنها لم تعد قابلة للتحمل. ولتفسير الأفكار القهرية على أنها مؤشر للمسؤولية المتزايدة آثار وخيمة على خبرة وسلوك المعنيين: فهي تولد الانزعاج والقلق والتكدر (discomfort) وتقود إلى أشكال مختلفة من "سلوك التحييد neutralization behavior"، أي إلى الطقوس القهرية. وسواء كان ظهور الأفكار أم محتوياتها فإنها تتحول إلى منبع للضيق وإشارة قهرية للتصرف، وتهدف إلى تحييد الفكرة وعواقب ظهورها التي قد تكون ضارة.

وطبقاً لذلك فإن الأمر يتعلق من المنظور التشخيصي بإعادة تصميم التصويرات العامة وفق طرق التشخيص الاستعرافي (قارن الفصل الخامس من التشخيص النفسي الإكلينيكي -1)، التي تتمحور بشكل خاص حول مواضيع المسؤولية والكمالية، مع أن التأكيد الإمبيريقي للفرضية المطابقة ما زالت غير مقدرة بشكل باعث على الرضا كلية. ومن ضمن ذلك أيضاً يقع تحديد أخطاء التفكير التقليدية من نحو المبالغة بتقدير الخطر وإمكانية الأذى والمسؤولية الشخصية الواضحة ومنظومة القواعد الصارمة، والمفرطة الأخلاقية إلى حد ما، وانصهار الأفكار والتصرفات والشك وعدم الثقة والصعوبات عند اتخاذ القرارات والفرضيات الأساسية الإشكالية...الخ. كما أن تحليل العمليات الممكنة المؤثرة "بشكل ساخر ironic" (ما يسمى بتأثير الصدى أو الارتداد

rebound effects) مهم أيضاً.ـ لأنه بالتحديد في المادة المهمة شخصياً، وبشكل خاص على المدى البعيد أيضاً، من الممكن برهان الظاهرة، بأن الفكرة التي ينبغي قمعها تتقوى بالتحديد من خلال محاولات القمع (قارن Rachman,2003; Salkovskis, Ertle & Kirtk,1999; Clark,2004).

وما زالت النتائج المتكررة حول أخطاء تمثل المعلومات المميزة للاضطراب غير مجربة بشكل كاف بالنسبة للمسائل التشخيصية (قارن كلارك، 2004). ومن بين ذلك على سبيل المثال الانتباه الانتقائي بالنسبة إلى المثيرات المهددة، وخاصة تلك التي هي من النوع المرتبط بالظاهرة (كالفوضى على سبيل المثال)، والعجز على تذكر المادة غير اللفظية، والتصرفات السابقة مباشرة وفي التمييز بين التصرفات المتذكرة والفعلية (الطقوس الاستعرافية أيضاً)، والنقص في القدرة على النسيان والقصور في الاستعرافات العليا metacognitions (النقص في الثقة بالقدرة الذاتية على التذكر، فرضية السيطرة الاستعرافية الكاملة للعمليات)

والتمييز الذي اقترحه هاند (Hand,1992) بين الفائدة الضمنية Intraindividual functionality والتفاعلية يقدم دلائل على الهدف الذي تخدمه الطقوس القهرية. فهي تفيد على المستوى الداخلي (الضمن نفسي) في تنظيم الانفعالات في الغالب (تخفيض الأحاسيس السلبية، حماية خبرة الانفعالات المقيتة الأخرى). وعلى المستوى التفاعلي يمكن للقهر أن يفيد في تعويض القصور النمائي الموجود والحفاظ على الآخرين بعيدين وتحقيق نوع من الاحترام للاندماج الشخصي. وهذا النمط التفاعلي "للعبة السلطة الوقائية" السيئة التكيف والتكرارية لا يرهق الاتصالات الاجتماعية اليومية فحسب، وإنما العلاقة العلاجية أيضاً (Hand,2002). وتعد الأسئلة حول تأثير ووظائف الأعراض بالنسبة للمرضى ذات أهمية تشخيصية كبرى، لأنه يتضح من خلال ذلك أيضاً "مكسب" الاضطراب، أي المكسب الأولي والثانوي للمرض (Ambuehl & Meier, 2003).

ويعد تأثير القهر على منظومات العلاقة مقياساً مهماً لضغط المعاناة أو لمقاومة التغير (Hand,2001). فإلى أي حد يتولى الأشخاص المرجعيون وظائف إضافية وإلى أي مدى هم مشتبكون في الأعراض القهرية؟ قد يظهر في مجرى الزمن تكيف في الأطر المرجعية مع القهر، يقوم بتنظيم مقدار المعاناة من خلال التجنب وإتباع قوانين القهر بمقدار منتشر (مبعثر) ومن ثم محمول إلى حد ما. وفي كل الأحوال يجلب هذا التكيف بالنسبة للمريض عواقب ملائمة (عندما يتم نقل مسؤوليات وواجبات مطردة إلى أفراد الأسرة على سبيل المثال)

فإذا ما تم توضيح دور الأطر المرجعية في ديناميكية القهر، فإن هذا يحصل عندئذ من منظور الفائدة من ناحية ومن ناحية أخرى من منظور إمكانية التعديل: ما هي الموارد المتوفرة للمريض في أشخاصه المرجعيين، وكيف يمكن للأشخاص المرجعيين أن يدعموا المرضى في خطواتهم التعديلية (Willutzki,2000)؟ ليس من النادر أن يتمنى الناس الذين يعانون من اضطراب قهري بشكل أساسي من أشخاصهم المرجعيين ألا يخضعوا بهذه البساطة لديكتاتورية قهرهم. إلا أنه كثيراً مالا بد للأشخاص المرجعيين أيضاً أن يشهدوا ظهور مشاعر سلبية جياشة من الأذى والاستنكار والارتباك عندما لا يتمسكون بالتعليمات القهرية. وبالنسبة للدافعية للتعديل للمرضى (وأقاربهم) فإن خبراتهم مع محاولات المواجهة حتى الآن أساسية وتحدد نموذجهم في التعديل.

مثال حالة

يعاني السيد فراس البالغ من العمر 23 سنة والولد الوحيد، من قهر شديد للغسيل يعيقه عن مواصلة دراسته. لقد عاد للعيش مع والديه في القرية. وكل تركيزه موجه نحو عدم الاحتكاك بأي شيء على الإطلاق، قد يجمعه بزملائه السابقين في المدرسة الذين عذبوه في الماضي بشدة. إنه يخطو ببطء شديد بيدين مكتفتين عبر الغرف القليلة

في البيت، التي ما زال قادراً على الدخول إليها. وعلى الرغم من أنه قد بدا له أنه من المحرج له أن يتجنب كل المواضيع والمواقف "الخطيرة" والمسببة للخوف، فأنه ليس متأكداً كلية من أنه ربما قد تلوث "بقذارة" زملاء مدرسته السابقين. وبمجرد أن تظهر هذه الفكرة عليه أن يغتسل، وهو أمر يفعله عدة مرات يومياً ولساعات عدة في المطبخ وتحت نظر والديه في الغالب. وهنا كان بداية ولمدة ربع ساعة يعمل الرغوة، ويطمر بها كل المجلى ووجه الخزائن في المطبخ، ثم يغسل يديه في النهاية، وذراعاه ورأسه وشعره. وفي مجرى عملية الغسيل "يعري" نفسه، وذلك بأن يخلع بالتتابع ثيابه التي ابتلت بالماء ويتركها ملقاة على الأرض المبتلة، إلى أن – في حوالي الساعة الثانية صباحاً– يذهب عارياً كلية إلى السرير ويغرق من الإنهاك في نوم عميق يستمر لاثنتي عشر ساعة.

أظهر استقصاء المنشأ أنع اعتبر في المدرسة معزولاً وتم تعذيبه لسنوات طويلة من زملاءه في ولم يستطع الدفاع عن مكانته الصغيرة بأية وسيلة، ولم يتدخل والداه أبداً بفاعلية، وإنما استمهلاه ليحصل على الثانوية،. وبما أن المريض كان واقعاً تحت رحمة وضعه بلا حول ولا قوة أخذت نزوعاته العدوانية والهدامة بالتزايد إلى أن أصيب منها بالرعب، وخشي من فقدان السيطرة. وكانت محاولته في حماية نفسه تتكون من أن يحافظ على نفسه نظيفاً من القذارة بشكل تخيلي. فبدلاً من أن يكون عليه مستقبلاً الخشية من فقدان السيطرة على عدوانيته، ما عليه منذ الآن "سوى" أن يعمل على ألا يحتك بأي شيء، أو أن يعيد غسل نفسه في الحالة المعاكسة.

ومن هذه الفرضية يتضح أن لقهر الغسيل وظائف عدة على المستوى الضمن فردي فهو يفيد في تقليص القلق من الاتساخ إلى مقدار محمول. ولكنه يساعد المريض أيضاً على تجنب خبرة الانفعالات كالغضب واليأس والذل والاستسلام. وعلى المستوى التفاعلي تمكن المريض في إخضاع والديه للقهر والتحكم بهم عدوانياً، والحفاظ على المسافة وإجبارهم بهذا على نوع من الاحترام للاندماج الشخصي، وضمان اهتمام والديه اللذان كان متعلقاً بدعمهما.

6- طرق الفحص

6.1 الفحص التصنيفي

في الممارسة الإكلينيكية تتأكد الفرضية التشخيصية المتمثلة باحتمال معاناة مريض ما من اضطراب قهري من خلال من خلال سؤالي الفرز التاليين:

- "هل تعذبك أفكار تلح عليك وتوترك وتقلقك ولا تستطيع التخلص منها ببساطة؟"
- "أتوجد تصرفات تكررها، على الرغم من أنها تبدو لك أو للآخرين بلا معنى، ولكنك نشعر فيها أنه عليك تنفيذها؟

وفي الممارسة الإكلينيكية غالباً ما يتعلق الأمر بالسؤال فيما إذا كانت المحكات المطلوبة لاضطراب قهري محققة بالفعل أم لا. وبشكل خاص لدى المرضى باضطرابات مختلطة فإن الأدوات التشخيصية في شكل المقابلات والاستبيانات المبنية تعد إكمالاً مهماً للجلسة التاريخ مرضية (تاريخ المرض). وكأدوات مفيدة لطرح التشخيص وتوضيح الاختلاطية يمكن النصح بالمقابلتين التشخيصيتين التاليتين بالنسبة للراشدين:

- المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. الرابع المحور الأول(SCID-I) (Wittchen et al.,1997)
- المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية للدي.أس.أم. الرابع-(DIPD for DSM-IV) (Margaraf & Schneider,2006)

وإلى جانب المقابلات العابرة للاضطراب توجد أدوات مفيدة خاصة بالاضطراب لتوضيح شدة الاضطراب القهري. وقد تم تطوير قوائم مختلفة لقياس الأعراض القهرية(Feske & Chamless,2000). وتتمثل الوظائف المهمة لهذه الأدوات

في فرز الأفكار القهرية عن التصرفات القهرية وتقدير الشدة والقياس البُعدي dimensional للأعراض وقياس المجرى. وقد تم قبل سنوات قليلة وضع تعيين أو وحدة AMDP-moduleلقياس الأعراض القهرية يتضمن 37 عرضاً (Grabe et al,2004)

وبالنسبة للأطفال يمكن أيضاً وبالهدف نفسه الذي هو للراشدين استخدام المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية الخاصة بالأطفال DIPD-Kids لشنايدر وأونّفير ومارغراف (1998).

ويعد مقياس ييل-بروان للوسواس القهري Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale اختصار (Y-BOCS)(Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill, Heninger & Charney,1989) من أكثر الأدوات المستخدمة، وهو مقياس تقدير الآخر يتكون من قائمة أعراض ومقابلة شبه مبنية (الطبعة الألمانية: Buettner-Westphal & Hand,1991). وهو ملائم بشكل خاص لتحديد الظواهر القهرية وشدة الأفكار والتصرفات القهرية. كما يتم استخدامه في الدراسات الصيدلانية والعلاجية النفسية لتحديد شدة الاضطراب القهري، كما تستخدم القائمة لقياس التعديل بالنسبة لمجرى العلاج أيضاً. والقائمة مصممة بطريقة متمركزة حول الظاهرة وتستقصي ظهور الأفكار والتصرفات القهرية الراهنة والماضية. ويتم هنا عرض طيف واسع من مضامين الأفكار المختلفة (ضمن فئات: عدواني، متمحور حول الاتساخ، مع مضمون جنسي، متمحور حول التجميع والاحتفاظ بالأشياء، متمحور حول الجسد...الخ) وكثير من الأمثلة حول تصرفات ملموسة بالنسبة لطقوس قهرية مختلفة (قهر التنظيف والغسيل، قهر الضبط، قهر التكرار، قهر العد، قهر الترتيب، قهر الجمع والاحتفاظ وتصرفات قهرية أخرى). وبمساعدة مقياس تقدير يتم تقدير شدة الاضطراب القهري - بغض النظر عن مضمونه-.

كما يتوفر (Y-BOCS) في صيغة للأطفال (Berg,1989; Flament & Cohen,2001) وفي صيغة محوسبة على الكمبيوتر (منظومة اختبارات دار هوغريفه) وفي صيغة مقياس

تقويم ذاتي (Baer,2001; Ambuehl.2004). كما قدم شتانغير وهونغربولر وماير وفولتر (2000) تحويراً بالنسبة لاضطرابات سوء التشكل الجسدي. ولا تختلف مقاييس تقويم الآخر والذات عن بعضها كثيراً من حيث الصياغة المضمونية، وإنما تتطابق مع بعضها بشكل جيد (Schaible, Armbrust & Nutzinger, 2001). وثبات المقيمين مقبول وكذلك الصدق التقاربي convergent Validity للأداة.

كما توجد مقاييس أخرى للتقييم الذاتي منها على سبيل المثال قائمة هامبورغ للقهر (والصيغة المختصرة لها) ومقياس فرانكفورت للقهر وقائمة ليتون للاستحواذ Leyton Obsessional Inventory اختصار (LOI)، وتتوفر منها نسخة للأطفال، وقائمة ماودسلي للوسواس والاستحواذ Maudsley Obsessional Compulsive Inventory اختصار (MOCI) واستبيان بادوه للقهر Pauda-Obsession-Scala.

ويشمل مقياس هامبورغ للقهر الأفكار والتصرفات القهرية المنتشرة في المحيط الناطق بالألمانية على الطيف الكامل بدءاً من "الطبيعية" وانتهاء "بالمرضية العالية" ويعطي المقياس ككل دليلاً على الوجود العام للسلوك القهري ويعطي على ستة مقاييس فرعية الوساوس النوعية (النظافة والضبط والترتيب والعد والطقوس الفكرية والمخاوف المؤذية بالنفس أو بالآخرين). وللصيغة المطولة والمختصرة على حد سواء درجة جيدة من الموثوقية (قارن Fricke & Hand,2003); Hand, Conradi & Moritz,2002;والثبات بالإعادة بالنسبة لعينات إكلينيكية مختلفة، وصدق البناء والصدق التقاربي والتمييزي).

وكذلك يقيس مقياس فرانكفورت للقهر الذي انزلق في طي النسيان الأعراض ويتمتع بموثوقية جيدة (Gerhard,1981).

أما قائمة ماودسلي للوسواس والاستحواذ (MOCI) فهي تقوم على أساس من التحليل العاملي وتقيس قهر الضبط والتنظيف والبطء والشك، ولا يتوفر لها تعديل ألماني.

أما قائمة ليتون للاستحواذ (LOI) فقد تم تطويرها للراشدين والكبار وتقيس أعراض القهر. وفي المحيط الناطق بالألمانية لا يتوفر التأسيس النظري للمقياس (Doepner,1999).

ويشمل استبيان بادوه للقهر (van Open, Hoeckstar & Emmelkamp,1995) على (41) بند تتوزع على خمسة مقاييس ويجاب عنها على مقياس خماسي (النزوعات، الغسيل، الضبط، الاجترار الفكري Rumination، الترتيب). ويمكن اعتبار المقياس موثوقاً.

كما يمكن الإشارة إلى استبيان القهر للمرضى/ الأطفال باضطراب العرات وهو غير مختبر في المحيط الناطق بالألمانية (Rothenberger,1991)

وإلى جانب ذلك تتوفر كمية من المقاييس الناطقة بالإنجليزية ومنظومات ملاحظة واختبارات سلوكية تنتظر اختبار صلاحيتها بالنسبة للمحيط الناطق بالألمانية (قارن Bossert-Zaudig & Niedermeier,1998; Clark,2004; Kozak & Foa,2001; Merlo et al.,2005; Rauch et al., 2003).

6.2 طرق مهمة في الفحص التعديلي

تتوفر مجموعة مختلفة من الأدوات للحصول على المعلومات المهمة بالنسبة للاضطراب والتعديل، تكمل "الأداة الرئيسية" للمقابلة الإكلينيكية: ملاحظات السلوك والملاحظة الذاتية وتوثيق الأعراض القهرية واختبارات السلوك؟

ومن وجهة النظر التشخيصية يتعلق الأمر هنا بتحديد المحددات المنفردة لمنظومة القهر بمساعدة التحليلي المصغر لسلوك الأعراض (Hoff,ann,10994; Hoffmann & Hofmann,2004):

- ما الذي يحرض الأفكار القهرية (المحرضات الداخلية والخارجية)؟
- ما هي الهوامات أو المخاوف التي تدفع للقيام بالطقوس القهرية؟

- في أي شكل يتجلى الانزعاج وكم هي شدته وما مدى حجم الضغط للقيام بالطقوس القهرية؟
- كم مرة يتكرر السلوك القهري، وكم يطول وبأي شكل يظهر؟
- في أي حالة نفسية وجسدية يكون المريض في أثناء السلوك القهري؟
- هل يوجد عدم يقين بالإدراكات الذاتية، وحول القيام بالتصرف؟
- أيستخدم المريض أدوات مساعدة (علامات Marked، حوارات داخلية)؟
- هل الأشخاص الآخرون مشاركون وما هو الدور الذي يلعبونه؟
- ما هي المحكات التي يمكن من خلالها إنهاء التصرفات القهرية؟
- ما هي العواقب الإيجابية المباشرة للطقوس القهرية (الرضا، الارتياح)؟
- هل توجد تقلبات وتمديد زمني في مقدار السلوك القهري وعلاقات بالإحساس والحالة الجسدية والأحداث...الخ؟
- أيتم تجنب مواقف من أجل التملص من السلوك القهري؟
- ما هي تأثيرات القهر على ممارسة المهنة والعلاقات؟

وتمثل ملاحظات السلوك في الموقف طريقاً للوصول بشكل مباشرة تماماً إلى الوجوه المتنوعة لشكل تجلي استراتيجيات التجنب وطقوس التحييد ونوعية ودرجة تشتت المشاعر. وهذا يعني بأنه لا بد من مرافقة المرضى في مجال حياتهم الخاص. وهناك لابد للمريض أن يقوم بالسلوك القهري بالصورة التي يكون فيها لوحده في الأوقات الحرجة قدر الإمكان. ولا تتيح مثل تلك الملاحظات السلوكية الحصول على معلومات تفصيلية للمجريات الخارجية فحسب بل تعطينا لمحة حول العمليات الداخلية عندما يتم سؤال المريض مباشرة عن أفكاره ومشاعره.

وتعد الملاحظة الذاتية لأعراض القهر وتوثيقها أداة برهنت صلاحيتها. فبمساعدة دفتر يوميات منظم على شكل جداول يمكن تحديد المحددات المحافظة على استمرارية

الأعراض القهرية والأفكار والمشاعر وسلوك التجنب. وبهذا يمكن تحديد تكرار طقوس محددة من القهر في بروتوكول أسبوعي للأنشطة. وتفيد دفاتر اليوميات أو قوائم الشطب هذه لتشخيص السلوك وقياسه على حد سواء.

ولقياس المظاهر الاستعرافية يتم الاستفسار بدقة عن شكل الاستعرافات الملحاحة (الأفكار أو التصورات أو النزوعات)، ومضمونها وتقويمها/ أهميتها. وتساعد أسئلة مثل "أتوجد أمور تفعلها/ تفكر بها كي تمنع ظهور الأفكار/ التصورات؟" المعالج على استقصاء التحييد المغطى (Salkovskis, Ertle & Kirk,1999).

بالإضافة إلى ذلك فإن للملاحظة الذاتية في الحالة الملائمة تأثيرات علاجية أيضاً: فالمرضى يشاركون بفاعلية في مشروع العلاج ويثبتون أنهم شركاء موثوقين في الرابطة العلاجية. وتشكل الملاحظة الذاتية أيضاً طلائع الضبط الذاتي وذلك من خلال قيام المرضى بممارسة سلوك يصبح ضرورياً لكل خطوات المواجهة. وأخيراً يتضمن دور الملاحظ شكلاً من الابتعاد عن القهر وأشكال ظهوره، والذي يفترض أن يصبح في مجرى العلاج مطرد القوة.

ويعد وصف اليوم النمطي شكلاً يبدو تعاطفياً من الملاحظة الذاتية ("يوم في حياة...."؛ Stketee,1993). ولدى كثير من المرضى يمكن أيضاً أن يكون مفيداً التمييز بين "يومين نموذجيين"، يوم عمل وأيام "الإجازة". ويوجد لدى لاكاتوس وراينكر (1999، ص 48) مثال حول هذا.

بالإضافة إلى الملاحظة المنهجية للسلوك يمكن كذلك استخدام اختبارات السلوك. واختبارات السلوك أدوات تشخيصية تتضمن معابر سيالة لإجراء المواجهة التدريجية العلاجية مع التجنب والمواقف المشحونة بالتوتر. وهي مفيدة بشكل خاص عندما لا يستطيع المرضى ذكر الأفكار القهرية ويعيشون التصرفات الطقسية القهرية بأنها تجري "هكذا ببساطة".

7- علاقة الشخص- المريض

غالباً ما يستثير الأشخاص الذين يعانون من القهر بأفكارهم وطقوسهم القهرية التي قد تبدو أحياناً غريبة عدم التفهم في الآخر والتحفظ والشك. وهم يفترضون وجود عدم التفهم لوساوسهم القهرية هذه مسبقاً وغالباً ما يطورون مهارات لا تصدق لإخفاء اضطرابهم أو لتغطية المقدار الحقيقي لطقوس القهر، بحيث أنه قد تم في بعض الحالات اقتراح إجراء سبر لتاريخ المرض من قبل الآخر (ما يسمى Other anamnesis) (Kozak & Foa,2001, Cap. 17).

وعليهم في العلاج إعطاء معلومات تفصيلية حول التصرفات التي حاولوا إخفائها عبر السنين وبجهد عال عن أقرب الأشخاص لهم. ويمكن الافتراض أن دوافع هذا الإخفاء تكمن في مشاعر الخجل الشديدة والخوف من الرفض عند "كشف" الأعراض. وبهذا يمكن فهم استراتيجية الإخفاء كمحاولة لحماية النفس من الجرح. ومن هنا فإنه من السهولة تفهم أن المرضى يتصرفون في الموقف العلاجي في البداية بترقب ويتفحصون بدقة فيما إذا كانوا سيجدون التفهم لمعاناتهم ومطلبهم من الآخر. كما لابد من اعتبار المشاعر المتناقضة والشك تجاه العلاج ملازمة للاضطراب.

وغالباً ما لا يكون الاستبصار الواضح بأن المرء يعاني من مشكلة نفسية تحتاج لعلاج هو السبب الأساسي في البحث عن المساعدة المحترفة، بل يغلب أن يكون السبب الأكبر هو الضغط المتزايد من المعاناة وعدم اليقين الداخلي بأن المرء يقوم بالطقوس بصورة صحيحة وفي الختام بأن التصادمات "المرتبطة بالاضطراب" تصبح مع الأشخاص المقربين أكثر شدة.

وبناء على عدم يقينهم وتناقضهم فإن المرضى باضطرابات قهرية يحتاجون إلى شخص يوضح لهم منذ البداية بأنه يفهم شيئاً ما حول ظواهر القهر وديناميكية الاضطرابات القهرية. ومن خلال عدم تفاجئ أو ارتعاب المعالج بالتصرفات الغريبة

جداً أحياناً وبالتصورات التي قد تبدو بذيئة، وإنما بأن يلمح للمريض بأنه التصرفات القهرية التي قد تبدو غريبة ومستنكرة هكذا ليست غير منطقية وإنما تتبع قوانينها الخاصة، فإن المعالج يبدو كفؤاً أمام المريض (Lakatos & Reinecker,1999).

وتعد الكفاءة والشفافية شعار بناء العلاقة. فيشارك المعالجون المريض بالتشخيص، وينجزون معه بشكل مشترك تصورات نموذجية حول تطور واستمرارية اضطراب القهر ويستخلصون في الختام تصورات واضحة حول الكيفية التي يمكن فيها التعامل مع المشكلة علاجياً.

وهنا لابد من جعل الإجراء العلاجي شفافاً جداً. فمن المعروف أن المرضى الذين يعانون من القهر يمكنهم أن يقوموا بتمارين صعبة جداً إذا استطاعوا أن يتصوروا بدقة ما الذي ينتظرهم وعندما يكون لديهم الوقت الكافي للتهيؤ داخلياً على هذا الأمر.

ويسهم احترام الحدود ووضع الحدود للمريض بشكل أساسي في بناء العلاقة المشحونة بالثقة. فبالنسبة لكثير من المرضى تفيد الوساوس على المستوى البين شخصي في بناء التباعد الجسدي والانفعالي وبهذا ضمان احترام التكامل الشخصي. ومن هنا فإنهم ينتبهون بدقة فيما إذا كان المعالج (في أثناء مرحلة التوضيح على سبيل المثال) يحافظ على تعليماتهم وحدودهم الموضوعة أم لا (كخلع الحذاء أمام باب المنزل على سبيل المثال). والمرضى هم الذين يقررون ما الذي يستطيعون فعله وما الذي لا يستطيعون (ومن هنا على المعالجين ألا يتصرفوا من وراء ظهر مرضاهم، وذلك من خلال عدم التخلص من الأشياء التي جمعها شخص يعاني من قهر التجميع من دون علمه على سبيل المثال). وكل الخطوات العلاجية تقوم على حرية الإرادة (ومن هنا على المعالجين عدم ممارسة العنف النفسي أو الجسدي من أجل تحقيق أهداف التمارين على الإطلاق).

ويتطلب أسلوب الحديث المرهق - يروي المرضى بتفصيل ممل ومسهب حتى

أبسط التفاصيل أو قد يكونون عكس ذلك فيعبرون باختصار-بعبارات مقتضبة وبشكل ملموس جداً- من المعالج مقداراً كبيراً من الصبر والهدوء. كما أنه من المطلوب من المعالجين، ولأن بعض المرضى يقابلونهم بشكل أقرب للعداوة والجمود-العنادي، سواء كان الأمر نتيجة صراع التغيير أم لأن قهرهم يخدم بالدرجة الأولى في تعويض القصور النمائي. فالهدوء والمرونة والتحمل ضرورية من أجل عدم جعل محاولات السيطرة العدوانية تستثير المعالج للانزلاق في صراع السلطة. والمبدأ الساري هنا "لا تتجادل مع المريض !don't argue with Patient". وينبغي أن يظل واضحاً بأن مطلب المريض هو أن يتمكن من تحرير نفسه من سجن القهر.

ومن هنا فإن بناء العلاقة العلاجية يمثل بالنسبة للمعالج تحدياً خاصاً. وكلما كان على معرفة أفضل بالخصوصيات التفاعلية والملازمة للاضطراب، واستطاع أن يتوقعها ويعرفها، كان قادراً على تمكين المريض بشكل أفضل على الدخول في العمل العلاجي المشترك بثقة أحسن.

8- الاضطرابات القهرية لدى الأطفال واليافعين

من الممكن أن تشبه ظواهر الاضطرابات القهرية لدى الأطفال واليافعين – وعلى عكس الأشكال الأخرى من الاضطرابات النفسية (Hanna,2000)- الاضطرابات القهرية لدى الراشدين. وطبقاً لذلك تسري المحكات التشخيصية بالنسبة للراشدين على الأطفال واليافعين (Flament & Cohen,2001). إلا أنه يوجد فرق مهم عن طرح التشخيص لدى الراشدين؛ فالاستبصار لدى الأطفال واليافعين المتمثل في أن الأفكار أو التصرفات القهرية مبالغ بها أو غير مبررة لا يعد محكاً تشخيصياً ضرورياً. فالأطفال المعنيون غالباً ما لا يمتلكون الكثير من إمكانات المقارنة مع ما يسمى بالسلوك الطبيعي بعد، بحيث أن التفريق بين السلوك "المتسق مع الأنا" و"الغريب عن الأنا" صعب جداً.

وكثيراً جداً ما تظهر الاضطرابات القهرية لدى الأطفال واليافعين مع اضطرابات أخرى، ومن أكثرها مع اضطرابات القلق. كما تجد الاضطرابات الاكتئابية انتشاراً، والتي غالباً ما تظهر في وقت متأخر عن اضطراب القهر ومن ثم يمكن تقييمها على أنها نتيجة لإشكالية القهر. كما تظهر الشذوذات السلوكية واضطرابات التعلم واضطرابات الطعام بشكل مختلط مع الاضطرابات القهرية.

9- ملاحظات ختامية

تشكل الاضطرابات القهرية صورة معقدة يتضح فيها بشكل جلي أهمية القيام بتوضيح جذري قبل البدء بالعلاج (Ambuehl & Meier,2003). وفي القهر لا يتعلق الأمر بمجرد تحديد ديناميكية مجراها بشكل دقيق فحسب، وإنما أيضاً بتوضيح وظيفتها البين شخصية. ومن أجل ذلك فإن الجلسة المنظومية مع الأشخاص المرجعيين للمريض على نفس الدرجة من الأهمية التي تحتلها ملاحظة السلوك في المكان. ويفترض لطرح الفاعلية العلاجية Indication الناجم عن التوضيح أن يبين ما هي المجالات الإشكالية وبأي تسلسل يفترض أن يتم التدخل فيها، وأين ينبغي تقديم مساعدة أولية لمواجهة المشكلة أو عمل توضيحي وما هي الموارد التي يمتلكها المريض ومحيطه المرجعي بالنسبة للتعديلات التي ينبغي تحقيقها. ومن هنا يسري دائماً في علاج الاضطرابات القهرية الملائم للمشكلة والمريض، أخذ عدة زوايا بعين الاعتبار.

وما زال هناك نقص في الأدوات المساعدة، من نحو موجهات المقابلة الخاصة بالاضطراب وأدوات القياس ومنظومات الملاحظة أو الاستبيانات على سبيل المثال التي تقيس مجالات أخرى غير الأدوات الناطقة بالألمانية حتى الآن.

23- استجابات التوتر[1] الحادة
واضطرابات ما بعد الصدمة

كاترين شونة وكريستا شولتزه وبيرند رولره
Catrin Schoene, Christa Schulze & Bernd Roehrle

1- مدخل
2- الانتشار
3- التشخيص التصنيفي
3.1 فكرة مفاهيم الضغط والصدمة
3.2 تعاريف: مقارنة الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. الرابع DSM-IV
3.3 الاضطرابات التالية للصدمة المركبة
3.4 الاختلاطية والتشخيص التفريقي
4- نماذج المنشأ كأساس للتشخيص التعديلي
4.1 النماذج الاستعرافية السلوكية والاستعرافية
4.2 النماذج ذات الصبغة السيكوديناميكية
4.3 مبادئ التفسير البيولوجية النفسية
4.4 المبادئ متعددة العوامل
5- الأدوات التشخيصية
5.1 أدوات التقييم الذاتي
5.2 المقابلات المبنية والمعيرة
5.3 تقويم النتيجة والتقويم المرافق للعلاج
6- ملاحظات ختامية

(1) تتعدد المصطلحات المستخدمة ترجمة لمفهوم Stress وهو المفهوم الفيزيائي بالأصل: الضغط، التوتر، الإرهاق، الكرب، الشدة، المشقة. وسنستخدم مصطلحات الإرهاق، والتوتر والضغط بالمعنى نفسه حسب السياق.

1- مدخل

حظيت صور اضطرابات ما بعد الصدمة مثل استجابة التوتر الحادة acute Stress reaction ويرمز لها اختصاراً ASR واضطرابات ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disordersويرمز لها اختصاراً PTSD على سبيل المثال في العشرين سنة الأخيرة باهتمام بحثي كبير. فعلى خلفية النمو الكبير للمعرفة حول التنوع الظواهري والنماذج النشوئية ظهرت إلى جانب تصنيف الاضطراب إمكانات جديدة لإجراءات تشخيصية قائمة على التعديل في الإطار العلاجي.

ويشترط العمل مع المصدومين قدرة عالية على التعاطف والقوة الشخصية والاستعداد للاشتغال بمواضيع مرهقة بشكل متطرف. وفي السياق التشخيصي والعلاجي فإن خصوصية صورة الاضطراب (كمشاعر الاغتراب والخجل والذنب والظواهر التفككية على سبيل المثال) تجعل من الضروري أن تكون عملية التشخيص عملية تشخيصية طويلة تمتد لسنوات. وتحتل الإجراءات العلاجية البانية للثقة وجعل الموقف الراهن للمريض مستقراً مركز الصدارة في البداية.

مثال حالة (1):

تبلغ السيدة سعاد 33 سنة من العمر ولديها ابنة بعمر الأربع سنوات، مطلقة، وتعمل. يشرف على الابنة خلال النهار الجدان. وتسير حياة السيدة سعاد بشكل منظم: فهي تنهض في الخامسة صباحاً، وتتناول إفطارها في السادسة، ثم تأخذ ابنتها لوالديها، وفي السابعة تسافر حوالي الساعة لعملها..الخ. طلب منها مديرها في أثناء الجرد السنوي البقاء في العمل لفترة أطول، الأمر الذي يعني أن برنامجها اليومي أصبح مزدحماً. وفي أثناء العودة مساء اصطدمت بكومة من الثلج وفقدت السيطرة على المنعطف. قاد الحادث لضرر كامل في السيارة، ولم تحدث إصابات جسدية خطيرة عدا

عن رضوض ناجمة عن الانقلاب. وفيما يلي من الوقت لم تعد السيدة سعاد قادرة على قيادة السيارة وغالباً ما أحست بمشاعر الاغتراب (اللاواقع) وأرق وأصبحت تستجيب لأقل مطلب بشكل عدواني. وعانت من تعتيم في البصر (رؤية ضبابية) وظهر ضغط الدم لديها، وارتفاع في سكر الدم وزيادة نشاط في الغدة الدرقية. أما أساس مخاوفها فقد تمحور حول أنها قد فقدت السيطرة على حياتها.

مثال حالة (2):

اغتصبت السيدة بهية مراراً، وهي أم لطفلين اثنين (11 و14 سنة) أمام أطفالها في أثناء الحرب في البوسنة. تمكن الأب الذي لم يكن موجوداً في ذلك الوقت من إحضار أسرته إلى ألمانيا. ما زالت الأسرة تنتظر إجراءات اللجوء وحصلت بسبب مرض السيدة بهية على إقامة مؤقتة. عولجت السيدة بهية في الطب النفسي في ألمانيا بمضادات الاكتئاب حيث حاولت الانتحار أكثر من مرة وتشكو من آلام جسدية. أما في البيت فقد كانت تظل مستلقية غير مبالية، ويظل نظرها جامداً للأمام، وفقدت الاهتمام بمحيطها وانسحبت كلية خارج العالم. وبسبب آلامها كانت تقبل مراجعة الطبيب مرتين في الأسبوع. وشعرت السيدة بهية بأنها منهكة جداً في التربية وإدارة البيت. ولم تتعلم في السنوات العشر الماضية الألمانية على الرغم من أنه قد توفرت لها إمكانية ذلك وكانت تشعر أنها غير قادرة على وصف الأحداث في البوسنة إلا أن فكرة العودة للبوسنة كانت تغمرها بخوف شديد وقادت لانسحاب أقوى ومحاولة انتحار. تقول أن بيتها ووطنها قد دمرا. وتم ذبح أقاربها من جيرانهم المسالمين في ذلك الوقت، ولم تتمكن من دفن الموتى. ولم تتمكن من الحديث حول اغتصابها.

2- الانتشار

في اضطراب ما بعد الصدمة PTSD يعد عامل التسبيب الخارجي مكوناً أساسياً في مفهوم الاضطراب، لهذا يتعلق انتشاره بنوع وتكرار الحدث الصادم (كالكارثة الطبيعية، أو المواجهات القتالية، أو العنف السياسي على سبيل المثال). وفي الدراسات الجائحية العالمية يشير نصف الراشدون تقريباً إلى تعرضهم لحادث حياتي صادم مرة على الأقل في ماضيهم، مع العلم أن تكرار حصول صدمة واحدة على الأقل في ألمانيا حسب الدراسات أقل بوضوح من ذلك (مثال: Habke, Schumann, Rumpf, John & Meyer,2006; Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen,2000; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson,1995). وقد ارتفعت نسب انتشار اضطراب الصدمة PTSD في الدراسات العالمية وهي تتأرجح بين 5–10٪ (على سبيل المثال Creamer & Burgess & McFarlane et al.,2001;Breslau,Davis, Peterson & Schulz,1997; Kessler et al., 1995). ومن النتائج الأمريكية المشهورة المسح الوطني للاختلاطية National Co-morbidity Survey(NCS-Kessler,1995)والتي أظهرت انتشار مدى الحياة يبلغ 7.8٪. ومقارنة بالدراسات الأمريكية تظهر الدراسات الألمانية انتشاراً ضئيلاً مدى الحياة (النساء 2.2، الرجال 0.4–0.6٪ ;Hapke et al.,2006; Perkoning et al, 2000؛ النساء 3.2٪ Maercker, Michael, Fehm, Becker & Margraf,2004) مع فرق واضح بين الجنسين لصالح الإناث. ولدى اليافعين في العمر الواقعة بين 12–17 سنة وجد إساو وكونرادت وبيترمان (1999) في دراسة موسعة انتشاراً مدى الحياة يبلغ 1.6٪، وحوالي ثلث اليافعين المصدومين طوروا اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD قبل سن 14 سنة؛ وقد انخفض خطر المرض مع التقدم في العمر. أما البيانات حول نمو اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD لدى كبار السنة فهي نادرة (Cook,2001). ولكون الصورة المرضية ذات خصوصية خاصة أيضاً فإن التشخيص عادة ما يكون صعباً (Hankin,2003). وفي الدراسات العالمية تم استنتاج لدى ما يسمى بالجمهور عالي الخطر نسب انتشار للصدمات الثانوية حوالي 20٪ (حول المفهوم انظر لاحقاً)، والتي تبلغ فيها نسبة النساء

المعنيات أكثر من الرجال (22٪) مقابل (8٪) (McNally,2003; Wagner, Heinrichs & Ehlert,1998).

3- التشخيص التصنيفي

3.1 فكرة مفاهيم الضغط والصدمة

على خلاف صور الاضطرابات الأخرى في منظومات التصنيف الدي.أس.أم.DSM والآي ICD فإن تحديد الحدث المثير (محك الصدمة) يعد شرطاً أساسياً لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة PTSDسواء الحاد أم المزمن. وفي حين كان الدي.أس.أم. الثالث يشترط المواجهة بالحدث الصادم فإن الدي.أس.أم. الرابع والرابع معدل النص قد وسع التصور، إذ يعد هنا المحك محققاً عندما يكون الشخص قد راقب حدثاً يرتبط بموت أو أذى أو تهديد السلامة الجسدية لشخص آخر. وعلى هذه الخلفية وعلى الرغم من أن برسلاو وكيسلر (2001) قد وجدا ارتفاعاً شديداً في انتشار المرهقات Stressorsمدى الحياة، إلا أنه قد ظهر أيضاً أن احتمال استثارة اضطراب ما بعد الصدمة PTSD من خلالها ضئيل. وأخيراً وبالنظر لعوامل الخطر أو المؤشرات على نشوء اضطراب ما بعد الصدمة PTSD وشدته فقد نشأت تقسيمات عدة مختلفة للأحداث الصادمة. وقد برهن التقسيم وفق الصدمات الناجمة عن تسبيب بشري مقابل بالصدفة والصدمات قصيرة مقابل طويلة الأمد (Maercker,2003; Boos,2005) صلاحيته. ومن الصدمات المتسببة بشرياً man made disasters سوء المعاملات الجسدية والجنسية والاعتداءات الجنائية وخبرات الحرب. أما الكوارث الطبيعية والصدمات الناجمة عن الحوادث على سبيل المثال فيتم تصنيفها ضمن الصدمات بالصدفة. وعلى خلفية توسع محك الحدث في الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV تم كذلك إدخال الأمراض المهددة للحياة كأمراض القلب والسرطان والإيدز (Maerker & Ehlert,2001). وكذلك بمراعاة اضطرابات الضغط الحادة ASR فقد تم في

السنوات الأخيرة كذلك دراسة الأمراض الحادة، كالأحداث القلبية cardiac كعوامل إرهاق (مرهقات Stressors) بصورة جيدة (مثال: Ginzburg). وفي التقسيمات القديمة حسب تير(Terr,1989) فقد تم التقسيم إلى الصدمة من النمط (I) (الصدمة الوحيدة) والصدمات من النمط (II) (الصدمات المتعددة). وفي حين أن الصدمة من النمط (I) تنطبق على الصورة التقليدية اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD (الحالة الأولى في المثال السابق) فإنه في الصدمة من النمط (II)، أي الصدمة المتعددة فغالباً ما تتم ملاحظة الأعراض النوعية لاضطرابات ما بعد الصدمةPTSD المركب (كالخطف، الانتهاك الجنسي المتكرر، الحالة رقم 2 في المثال السابق) [اضطراب الضغط المتطرف، غير محدد في مكان آخر (Disorders of Extreme Stress, Not otherwise Specified؛ أنظر الفقرة 2.3). ويشير كل من ميركر وروزنر (2005) إلى تداخل كبير بين كلا الشكلين يحتاج في السنوات القادمة إلى مزيد من الأبحاث).

وقد نحت فيغلي (Figley,1995) مفهوم الصدمة الثانوية. وفي حين يكون المعنيون في اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD الأولي ضحايا الحدث الصادم فإن المعرفة بالصدمة التي يتعرض أو تعرض لها شخص آخر تقود في الحالة الثانوية، في سياق تقديم المساعدة إلى ضغط متعلق بالدور للمساعد. ولم تتم حتى الآن دراسة الصدمات الثانوية إلا في مجال المساعدين المحترفين (كالشرطة والدفاع المدني والإسعاف أو الأطباء والجهاز الطبي) (على سبيل المثال Heinrichs, Wagner, Schoch, Soravia, Hellhammer & Ehlert, 2005).

وعلى الرغم من وجود خلاف في المراجع فإن النتائج الإمبيريقية تشير إلى شدة الصدمة القابلة للقياس من خلال مؤشرات موضوعية تتعلق بدرجة العواقب (March,1993; Brewin, Andrews & Valentine, 2000; McNally,2003). ووفقاً لدراسات مختلفة (مقال Berwin et al., 2000) فإن للاغتصاب وخبرات الحرب وسوء المعاملة أو الاستغلال الجنسي في الطفولة أعلى درجة من تكرار الاضطراب. كما توصل

كل من فلاتن وفولر (2001) ويول (Yule,2001) في دراسات جائحية واسعة بأن اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD بعد الاغتصاب تظهر لدى 50–80٪، وفي الأسر الناجم عن الحرب أو الأسر السياسي تظهر لدى 50–70٪، وفي السلب لدى 25٪ تقريباً ولدى الجنود بعد المعارك في 20٪ وفي حوادث السير 15–39٪. وعلى هذه الخلفية لابد من التأكيد على بأن شدة الصدمة بالتحديد ليست هي التي تحدد شدة الاضطراب التالي (Maercker & Rosner,2006). فتطور الاضطراب يتحدد بشكل خاص من خلال عوامل ما قبل وأثناء وبعد الصدمة، والتي سنوضحها في الفقرة 4,3.

3.2 **تعاريف: مقارنة بين الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم.-DSM-IV-TR**

توجد فروق بين منظومات التشخيص الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. الرابع DSM-IV في الترتيب النسولوجي والتحديد القائم على المحكات. ففي الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV يتم تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة PTSD ضمن اضطرابات القلق. فإلى جانب محك الصدمة أو الحدث (A) يوجد عنقود ثلاثي من الأعراض: (B) عودة معايشة الخبرة الضاغطة أو المرهقة، (C) أعراض التجنب/ الصمم الانفعالي و(D) فرط الاستثارة أو فرط الاحتراس (التيقظ). وفي اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD تم توسيع محك الصدمة ليشمل مراقبة الحدث الصادم أيضاً. وبالنسبة للأهمية الإكلينيكية لابد من توفر ستة أعراض من المحكات الثلاثة، مرتبطة باستجابات لم تكن قائمة قبل الحدث الصادم. وتعد محكات الدي.أس.أم.DSM-IV-TR كافية لتصنيف الاضطراب لدى الراشدين (Maerker,2003)، ولكنها ليست قابلة للتعميم لدى الأطفال من دون تحفظ، والذين ينبغي أن يتم أخذ الخصائص المتعلقة بالنمو بعين الاعتبار (Steil & Straube,2002; Steil,2003).

ومقارنة بالدي.أس.أم.DSM-IV-TR يصنف الآي.سي.دي. العاشر -ICD

(Dilling,2006)10 اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD في مجموعة اضطرابات الضغط (اضطرابات الإرهاق Stress disorders)، التي تقع ضمنها أيضاً اضطرابات التوتر الحادة واضطرابات التكيف، التي تحظى في الوقت الراهن بالاهتمام البحثي،وهي اضطرابات ناتجة عن التوتر (Maercker & Rosner,2006). وعلى الرغم من أن لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المحكات نفسها التي لدي.أس.أم.DSM-IV-TR إلا أن عدد الأعراض الواجب توفرها أقل. ويعرض جدول (1) مقارنة بين منظومتي الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم.DSM-IV-TR.

محك الصدمة أو الحدث (A) في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 مازال يشبه ما هو موجود في الدي.أس.أم. الثالث المعدل DSM-III-R بالإضافة إلى ذلك تقود الفروق فيما يتعلق بالمحكات الأخرى (على سبيل المثال المحك (C): التجنب) إلى فروق ليست قليلة في نسب الانتشار المذكورة.

لقد تم إدخال محك اضطراب التوتر الحاد ASD في عام 1994 في الدي.أس.أم. الرابع (Sass,2003) وبهذا فإنه من الممكن تصنيف الأعراض الحادة للمعني كعاقبة مباشرة للصدمة. وفي البحث والممارسة فإن الاضطراب وبشكل خاص الذي يتم تحديده من خلال الأعراض المحيطية (قبل وأثناء وبعد الصدمة) والتفككية الراهنة، مهم، والتي (أي الأعراض) تعد عوامل خطر لتشكل اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD(Adler,2002; Bengel.2004)

ولا يختلف تشخيص استجابات التوتر الحادة ASR- Acute Stress Reactions- عن تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD استناداً إلى الفترة الزمنية لظهورها (البدء خلال شهر بعد الحدث الصادم، المدة ليومين حتى الأربعة) فحسب، وإنما يتمحور مركز الثقل في أعراض التفكك المذكورة أعلاه. ويظهر جدول (2) محكات اضطراب الصدمة الحاد وفق الدي.أس.أم.DSM-IV. (Sass,2003).

وفي الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 لا يتم تشخيص استجابة التوتر الحادة

كاضطراب وإنما كاستجابة تظهر بعد دقائق وتختفي خلال ساعات إلى أيام (Dilling,2006). وهذه التسمية تشير بالدرجة الأولى إلى أن حالة مرضية نفسية طبيعية وعابرة في البداية.

جدول (1): أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD

	الدي.أس.أم.DSM-IV-TR	**الآي.سي.دي. العاشر ICD-10**
A	**محك الحدث:** عاش الشخص حدثاً واحداً أو عدة أحداث صادمة. • تضمنت موتاً فعلياً أو التهديد بالموت أو إصابة جدية أو بخطر تأذي السلامة الجسدية للشخص نفسه أو لشخص آخر. • استجاب الشخص بالخوف المكثف أو الاستسلام (اللاحول) أو الذعر.	تعرض المعنيون لحدث أو حادث استمر لفترة قصيرة أو طويلة مهدد بصورة خارجة عن المألوف أو بدرجة كارثية، يستثير لدى كل إنسان تقريباً قنوطاً عميقاً.
B	**التكرار (إحياء الحدث):** (وجود عرض واحد) • اقتحام (تطفل intrusion) • أحلام مرهقة أو كوابيس • ارتجاع أو خبرات الصدى، • توترات من خلال المنبهات المثيرة • استجابات فيزيولوجية عند الذكرى	ذكريات أو إعادة خبرة مستمرة للإرهاق من خلال ذكريات استرجاعية Flashbacks، ذكريات حية (خبرات الصدى)، أحلام متكررة (مضامين صادمة) أو ضيق داخلي في المواقف الشبيهة بالإرهاق أو التي ترتبط بهذه المواقف.
C	**تجنب/ صمم انفعالي:** (وجود ثلاثة أعراض) • تجنب الأفكار والمشاعر • تجنب الأنشطة والمواقف • ثغرة (جزئية) في الذاكرة • تقلص الاهتمامات	يتم بالفعل أو قدر الإمكان تجنب الظروف التي تشبه الإرهاق أو المرتبطة بها. وهذا السلوك لم يكن قبل الحدث المرهق.

	الدي.أس.أم.DSM-IV-TR	**الآي.سي.دي. العاشر ICD-10**
	• مشاعر الاغتراب • مساحة وجانية مقيدة • تصورات مقيدة عن المستقبل.	
D	**فرط استثارة مزمنة:** (وجود عرضان اثنان) • صعوبات دخول في النوم والاستمرار فيه • ارتفاع قابلية الاستثارة • صعوبات تركيز • فرط احتراس (يقظة أو تنبه) • استجابة ذعر مفرطة (نقزة)	إما (1) أو (2) 1- عدم القدرة الجزئية أو الكاملة على تذكر بعض الوجوه المهمة للحدث. 2- أعراض مستمرة من الحساسية والاستثارة النفسية المرتفعة (غير موجودة قبل الحدث) مع اثنتين من السمات التالية: • اضطرابات الدخول في النوم والاستمرار فيه • قابلية للاستثارة أو نوبات غضب • صعوبات تركيز • فرط يقظة • ارتفاع في القابلية للهلع
E	صورة الاضطراب (تستمر أعراض المحك (B,C,D) أكثر من شهر	تظهر المحكات B وC وD خلال ستة أشهر بعد الحدث الصادم أو بعد نهاية فترة الإرهاق (في بعض الحالات يمكن أخذ البدء المتأخر بعين الاعتبار، ولكن لا بد من ذكر هذا في مكان خاص)
F	تسبب صورة الاضطراب معاناة أو تضررات في مجالات مهمة من الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو الأخرى.	

الجدول (2): محكات اضطرابات التوتر الحادة وفق الدي.أس.أم.DSM-IV

تتطلب اضطرابات التوتر الحادة وفق الدي.أس.أم. المحكات التالية:	
A	خبرة حدث صادم
B	ثلاثة أعراض تفككية على الأقل (الشعور الذاتي بالصمم الانفعالي، تضرر الإدراكات الشعورية، خبرات اغتراب الأنا والواقع، ثغرة ذاكروية تفككية)
C	عرض واحد على الأقل للاقتحام
D	علامات التجنب
E	علامات فرط اليقظة (الاحتراس)
F	الظهور خلال اليومين التاليين أو أربعة أسابيع.

3.3 اضطرابات ما بعد الصدمة المركبة

مع تزايد استقصاء اضطرابات ما بعد الصدمة تم لدى الضحايا استنتاج وجود انصدامات مستمرة أو متكررة (صدمات متعددة، استغلال جسدي وجنسي في الطفولة، تعذيب، اختطاف، حرب...الخ)، إلى درجة أنهم يعانون – وإلى مدى أبعد من مجرد الصورة الإكلينيكية لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD – من تغيرات عميقة أخرى في مجالات تنظيم الانفعالات وإدراك الذات والانتحار وإلحاق الأذى بالذات وبناء العلاقة (أنظر جدول 3). وغالباً ما تنعكس اضطرابات الانتباه والوعي في اضطرابات التفكك التي تظهر بشكل مختلط (مع بذرة تفكك بنيوي في حالات الشخصية؛ Van der Hart, Steele, Nijenhuis & Matthess, 2006، ومشكلات بناء العلاقة والتفاعل الاجتماعي في تطور اضطراب حدودي).

وفي تصنيف الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تم أخذ العواقب الوخيمة (إلى جانب عواقب اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD، أنظر الفقرة 2) ضمن تشخيص

تغيرات دائمة ما بعد صدمية في الشخصية (F62.0) بعين الاعتبار. ويمكن للفئات التالية أن تكون في المجرى المزمن:

أ - اتجاه عدائي أو شكاك تجاه العالم
ب- انسحاب اجتماعي
ج- مشاعر الخواء أو اليأس
د- شعور مزمن بالعصبية كما لو كان هناك تهديد مستمر
هـ- الاغتراب.

ولابد من أن تستمر على الأقل لسنتين وتعد كنتيجة غير قابلة للعكس (غير عكوسة) لضغط متطرف. وبما أنه لا توجد حتى الآن دراسات مضبوطة فإنه ينصح بالتخلي عن هذا التشخيص وبدلاً من ذلك استخلاص اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD بسيط (Boos,2005).

وتحت تسمية اضطراب "من خلال اضطراب ضغط متطرف، غير محدد في مكان آخر Disorders of Extreme Stress, Not otherwise Specified – اختصار -DES NOS"تمت دراسة الصورة المرضية في الدراسات الميدانية للدي.أس.أم. الرابع عبر مقابلات إكلينيكية مبنية SIDESوخرجت بنتائج غير موحدة للأسف، بحيث نجد تصنيف "توتر متطرف اضطراب ضغط متطرف، غير محدد في مكان آخر Disorders of Extreme Stress, Not otherwise Specified" في الدي.أس.أم. الرابع في قسم المعالم (الصفات) والاضطرابات المرتبطة associated Features and Disorders. وإلى جانب الأفكار حول إعادة الترتيب النسولوجي (التصنيفي) لصور الاضطرابات المذكورة أعلاه المتقاربة من حيث المنشأ (الاضطرابات التفككية؛ الاضطراب الحدودي) تتم في الوقت الراهن مناقشة إدخال اضطراب "من خلال الإرهاقات المتطرفة في الدي.أس.أم. الرابع".

وارتباطاً باضطراب الضغط المتطرف، غير المحدد في مكان آخر Disorders of

طور هيرمان (1992) DES-NOS اختصار – Extreme Stress, Not otherwise Specified مفهوم اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المركب، الذي لم يتم التمكن حتى الآن من بحثه بشكل موثوق وكاف من ناحية الانتشار (Maercker, 2003; Steil, 2005). ولب المفهوم التغيرات المميزة المذكورة سابقاً لإدراك الذات والشخصية والتفاعل الاجتماعي، التي تتجلى بشكل خاص بعد الانصدام المتسبب عن طريق البشر والعنف الجنسي مع بداية في سنوات اليفوع (Roth, Newman, Pecovitz,1997). وقد أشار هيرمان (1992) على سبيل المثال إلى ظاهرة إعادة التحول لضحية Revictimization، التي تتصف بسلوك خطر متطرف (ضحايا الاغتصاب المتكرر يشعرن بالانجذاب للرجال المغتصبين لهن على سبيل المثال). ويعرض جدول (3) مصفوفات الأعراض المطابقة اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المركبة وفق هيرمان (Herman,1002)، محدثة وفق مستوى تقويمها الراهن وفق ستايل (Steil,2005).

ويعد فحص مظاهر نوعية أخرى للأعراض موضوع بحث الأبحاث الراهنة، مع العلم أنه أمكن توثيق المجرى المزمن لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD بشكل جيد مع مراعاة نوع الصدمة.

ومن أجل التوضيح التشخيصي لهذه الصورة المرضية من الاضطراب توجد في المحيط الناطق بالألمانية ترجمتان للمقابلة المبنية لاضطرابات التوتر المتطرف Structured Interview for Disorders of Extreme Stress التي يرمز لها اختصاراً SIDES; Pelcovitz,1997) لـ Teegen, Spieker-Hagelsieper & Grothwinkel, 1998 ومقابلة اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المركبة لساك وهوفمان (Sack & Hof,ann,2001)، قارن الفقرة 5,1.

جدول (3): أعراض وتشكيلة الأعراض لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المركب وفق هيرمان (1992) (تجميع لدى ميركر، 2003، وستايل، 2005)

A	اضطراب تنظيم الوجدان والدوافع	انزعاج dysphoria دائم، سلوك خطر متطرف، غضب وحنق أو انخفاض في القدرة على التوجيه الذاتي مع نزوعات عدوانية، اندفاعية، ميل للانتحار، سلوك مؤذ للنفس، اضطراب الجنسية.
B	الميول التفككية	اضطرابات الانتباه (إعادة الخبرة الاقتحامية، انشغال فكري اجتراري) وتعكر في الوعي (على سبيل المثال ثغرة في الذاكرة، خبرات اغتراب، تعكر تفككي)
C	اضطرابات تجسيد وأمراض جسدية	أمراض جسدية ظاهرة، أعراض تحويل، اضطرابات الجنسية.
D	تضرر الشعور بالهوية	مشاعر الذنب والخجل واليأس، الشعور بالقذارة والوصمة، الشعور بالاغتراب عن الآخرين.
E	اضطرابات بين شخصية (اضطرابات في العلاقة مع الناس الآخرين)	اضطراب التفاعل الاجتماعي، وبشكل خاص إدراك الجاني (مشاعر انتقام شديدة، عزو غير واقعي للسيطرة (السلطة)، تقبل منظومة معتقدات الجاني وصولاً إلى التقديس) انقطاع متكررة في العلاقات، عدم القدرة على الثقة، العزلة والانسحاب.
F	الميل لدور الضحية	سلوك متطرف من الخطر (أخذ دور الضحية) أو الميل للعنف (يصبح الشخص نفسه عنيفاً أو يمارس ما مارسه الجاني معه) (victimization: التضحية)
G	فقدان عام للمعنى	تحطم الآمال، الأهداف الحياتية (الحياة المتضررة باستمرار أو تقيد المستقبل) بنية الدوافع...الخ.

3.4 الاختلاطية والتشخيص التفريقي

في اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD غالباً ما يتم استنتاج وجود عدد من الاضطرابات المختلطة (مثال Hapke et al.,2006; Perkonigg et al.,2000; Deering, Glover, Ready, Eddleman & Alarcon, 1996; Kessler et al.,1955). وفي المراجع تتم مناقشة هذه النتيجة العالية على خلفية تنوع الآثار الصادمة من جهة والتداخل مع أعراض الاضطرابات الأخرى من جهة أخرى (كاضطرابات النوم وانخفاض القدرة على التركيز أو نوبات الهلع Siol et al., 2001). وقد اقترح فان دير كولك (Van der Kolk et al.,1996) بأنه يفترض أن يتم النظر للأعراض المختلطة من زاوية الآثار الجسدية والاستعرافية والوجدانية والسلوكية للصدمة.

ووفقاً للدراسات الجائحية الراهنة فإنه قد تم استنتاج وجود نسبة انتشار مدى الحياة للاضطرابات المختلطة لدى مرضى اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD بنسبة مقدارها بين 62-92٪ (Boss,2005). ومن أكثر الاضطرابات المختلطة الاضطرابات الوجدانية وذات الشكل الجسدي واضطرابات القلق والاستخدام الضار للمواد واضطرابات التعلق كاضطرابات مختلطة ثانوية. فإذا كانت هذه الاضطرابات قائمة قبل الصدمة (اضطرابات مختلطة أولياً)، فإن اضطرابات القلق والاضطرابات من الشكل الجسدي والاضطرابات الوجدانية تعد عندئذ على أنها عوامل خطر لتطور اضطراب ما بعد الصدمة، في حين يرفع التعلق بالمواد خطر التعرض لصدمة (Hapke et al., 2006; Perkonigg et al., 2000; Kessler et al., 1995). خلاصة القول يمكن الاستنتاج بأنه لدى حوالي الثلث من مرضي اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD يوجد تركيبة للخطر من خلال النشوء الأولي لاضطراب نفسي. ولدى الثلثين يحصل تطور مختلط للاضطراب إلى جانب اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD(Boss,2005).

ويحتل اضطراب الشخصية الحدودية مكانة خاصة (قارن الفقرة 3,3). فقد وجد كل من شيا زولتنك وwايسبيرغ (Shea, Zlotnik & Weisberg,1999) أن 58٪ من

الاضطرابات الحدودية كانت مترافقة مع اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD. 68٪ من مرضى اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD كان لديهم اضطراب حدودي في الوقت نفسه. بالإضافة إلى هذا تم الاستنتاج في دراسات إكلينيكية مختلفة بأنه الاستعداد لتطوير اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD ضمن الاضطراب الحدودي أكبر وفي الوقت نفسه فإن الصدمة تزيد من حدة الاضطراب الحدودي (على سبيل المثال Yen, Shea & Battle,2002; Gollier, Yehuda & Bierer,2003).

ومن الناحية التشخيصية التفريقية وحسب المستوى الراهن لأنظمة التصنيف الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم.DSM-IV-TR فإن اضطرابات التكيف التي تحظى في الوقت الراهن باهتمام كبير في البحث باعتبارها اضطرابات ناجمة عن التوتر (الحزن المعقد: Znoj,2004؛ اضطراب المرارة النفسية ما بعد الصدمية Posttraumatic embitterment Disorder: Linden, Baumann & Schippan,2006). واضطرابات القلق على درجة كبيرة من الأهمية. وللتفريق فإن تقدير المرهق (العامل الضاغطStressor) وفصله (تحديده) عن محك الصدمة ودرجة شدة العرض على حد سواء مهمين.

ويتم تشخيص اضطراب قلق عندما لا يتم تحقيق العدد اللازم من الأعراض أو العدد الكافي من المحكات للاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD. وفي المراجع البحثية تم بالنسبة لهذه الحالات اقتراح تسمية اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD الجزئي أو شبه العرضي(Subsyndromal (Schuezwohl & Maercker,1999. وعلى خلاف اضطرابات القلق الأخرى التي يعد اضطراب ما بعد الصدمة PTSD في تصنيف الدي.أس.أم. من ضمنها، لابد لأعراض القلق في حالة اضطراب ما بعد الصدمة PTSD أن ترتبط بعلاقة مضمونيه مع الحدث الصادم. (قارن بنية الهلع وفق Foa & Kozak,1986)

وكما أشرنا سابقاً، تعد الاكتئابات في الممارسة الإكلينيكية من أكثر التشخيصات

المختلطة مع اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD (Shalev et al.,1998). فوجود القنوط وفقدان المتعة ولأمل عند المرضى يمكن أن يعزى إلى الجمود الانفعالي بعد الحدث الصادم، ولكن يمكن أن يكون أيضاً كتعبير عن طور اكتئابي. فإذا لعب كلا المظهرين دوراً مفترضاً فلابد من طرح التشخيصين بشكل مستقل كل عن الآخر، كون المحكات تنطبق سواء بالنسبة لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD أم بالنسبة للاكتئاب (Schuetzwohl,2003).

وعند وجود صورة اضطراب ما بعد الصدمة مركبة فلابد - إلى جانب الاضطراب الحدودي- أن نأخذ بعين الاعتبار إلى جانب وجود اضطراب حدودي وجود اضطرابات تفككية أيضاً (قارن الفصل 24 من هذا الكتاب). وهنا أيضاً فإن العلاقة النشوئية مع حدث صادم مبرهنة إمبيريقياً في 90٪ من الحالات. إلا أن طرح التشخيص لا يتطلب برهان وجود محك الصدمة كما هو الحال في اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD. وفي الاضطراب الحدودي تتقاطع أعراض نقص ضبط الدافع وعدم الاستقرار الوجداني والانتحارية مع الأعراض المركبة لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD(Driessen et al.,2002). وبشكل خاص فإن ضحايا الحرب والتعذيب (مثال الحالة 2) يظهرون على خلفية الفروق الثقافية والفروق المتعلقة بالرعاية (الإمداد الصحي) بالإضافة لأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD صورة مرض متمركزة على الجسد (Mueller,2006). وهنا تحتل في الغالب اضطرابات الألم مركز الأعراض ذات الشكل الجسدي (Mueller,2006, Maier,2006).

وفيما يتعلق بالتشخيص تعد الاضطرابات المختلطة في الممارسة الإكلينيكية اليومية مهمة من عدة نواحي. فمن جهة يلجأ المرضى للمعالجة الطبية النفسية أو العلاجية النفسانية بسبب الاختلاطية (الاكتئاب والانتحارية على سبيل المثال) أكثر مما يلجئون بسبب اضطرابات الصدمة، ومن ناحية أخرى فإنه عند وجود صور اضطرابات أخرى لا يتم تشخيص وجود اضطرابات ما بعد الصدمةPTSD(Zimmerman &

Mattia,1999). ويبدو التشخيص غير المطروح لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD (أي التشخيص الذي يتم تجاهله) من وجهات نظر النجاح العلاجي القابل للتحقيق وإزمانية الأعراض إشكالياً (Kunzke & Guels,2003).

4- نماذج نشوء كأساس للتشخيص القائم على التعديل

ليست نماذج تفسير الأعراض ذات الصلة لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD في إطار التشخيص القائم على التعديل مهمة من أجل اكتساب المعرفة بالشروط المهمة للعلاج فحسب وإنما من أجل عمل نموذج اضطراب فردي مع المريض (قارن Berwin,2003; Ehlers,1999a; Flatten, Hofmann, Galley & Lieberman,2001) وهذا يشكل في الوقت نفسه الأساس لتخطيط العلاج والتقويم.

وتحتل المبادئ التعلمية والاستعرافية مركز الصدارة ،كما أن التصورات النفسية الديناميكية الأقدم مازالت في سياق البحث الراهن على درجة من الأهمية. وتعد الآليات البيولوجية النفسية خارج السياقات البحثية ذات أهمية من أجل التثقيف النفسي المخفف من الضغط على المريض. وتحاول النماذج متعددة العوامل تصوير تفاعل المخاطر والموارد على أساس مبدأ الاستعداد في نشوء اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD.

4.1 النماذج السلوكية والاستعرافية

في إطار نظرية العملية الانفعالية Emotional-Process-Theory لفوو وكوزاك (Foa & Kozak,1986) تظهر تأثيرات أفكار نظرية التعلم التقليدية ونماذج التفسير الاستعرافية على حد سواء، والتي تعد بالنسبة لاستخدام أساليب المواجهة العلاجية لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD (على سبيل المثال في الانصدام المزمن Boss,2005؛ والتعرض الممتد prolonged exposure على سبيل المثال Riggs, Cahill & Foa,2006) ذات أهمية كبيرة. وينطلق فوو وكوزاك (1986) من التنشيط التزامني coincidence

activation للخبرة الانفعالية (التفعيل الانفعالي Emotional Processing) مع العناصر الاستعرافية المعطوبة (المختلة الوظيفة dysfunctional) والاستجابات الفيزيولوجية للموقف الصادم. إذ يتم تنشيط وتثبيت محتويات ذاكرة ما بعد الصدمة بوصفها ما يسمى بنية الخوف المرضية من خلال عدد كبير من المثيرات المفتاحية (من النوع الانفعالي، الاستعرافي، الفيزيولوجي)، ويخمن أنها تسهم بهذا في تطور واستمرارية الاضطراب. وفي البحث الإمبيريقي تم برهان هذه النظرية بشكل جيد (ملخص لدى بريفين وهولمز، 2003؛ راوخ وفوا، 2006) وخضعت حتى اليوم لعدد من التعديلات المختلفة، تأخذ بعين الاعتبار التصويرات ما قبل الصدمية الجامدة (Foa & Riggs, 1993& Rothbaum,1998)وحوادث التقييم السلبية المعطوبة للصدمة وعواقبها Foa)

وتعد المبادئ ذات التوجه الاستعرافي الصافي ملائمة لإعادة تصميم طريقة تمثل المعلومات بالنسبة لأغراض تشخيصية قائمة على التعديل. وفي هذا السياق تلعب ذاكرة الصدمة دوراً جوهرياً، والتي تبدي فيما يتعلق بتخزين واستدعاء المضامين الصادمة خصائص محددة. ومن أجل فهم هذه العمليات فإنه من المهم في البداية التفريق بين طريقة عمل الذاكرة أو الإدراك الصريحة والضمنية explicit and implicit Function modi (أنظر الفقرة 4.3 حول الأسس البيولوجية النفسية). فمحتويات الذاكرة الصريحة تنشأ بمشاركة الوعي والانتباه المركز. ويخضع استدعاؤها للتحكم الإرادي، في حين تجري العمليات الضمنية – مع ارتباط مباشر بالأنسجة الحسية (البصر، الشم...الخ) بشكل لاشعوري ومن ثم أيضاً لا يمكن التحكم بها إرادياً. وتكمن خصوصيات ذاكرة الصدمة في أن تمثيل المحتويات الصادمة الضمنية يكون مفرط الحضور، في حين تكون المعلومات الصريحة حول الصدمة مختلة أو ناقصة. والأكثر من ذلك أن كلا الأثرين من الذاكرة غير مرتبطان ببعضهما، وإنما منقسمان عن بعضيهما (متفككان) (Elzinga & Brenner,2002). ومقارنة مع ما يسمى بنموذج بنية الخوف (Foa & Kozak,1986) يعد تفكك محتويات ذاكرة الصدمة هو التوسيع الحاسم.

فهو شرط، ضمن شروط أخرى، لإعادة المعايشة الاقتحامية (الحسية) الضمنية Implicit للمضامين الصادمة، من دون التمكن من تحديد مصدر التهديد الناجم (إعادة تذكر حسية من دون معلومات للمنبع؛ Fiedler,2002). ومن هنا تحظي الاقتحامات والارتجاعات intrusions and Flashbacks بنوعية هنا والآن. فالصدمة لا يتم تذكرها، وإنما إعادة معايشتها. وتظهر النتائج الراهنة للبحث بأن النوعية الحسية المسيطرة هي ذات طبيعة بصرية (على سبيل المثال Hzackman, Ehlers, Speckens & Clark,2004)

وعلى هذه الخلفية تقوم نظرية التمثيل الثنائي dual Representation Theory لبروين وداغلايش وجوزيف (Brewin, Dagleish & Joseph, 1996). فهي تفسر النقص في تمثل الذكريات الصادمة من خلال الوجود المتوازي لنظام الذاكرة البارز حسياً (الضمني) ونظام الذاكرة المتيسر شعورياً (الصريح). فطالما تسيطر مضامين نظام الذاكرة الحسية من خلال الاقتحامات والارتجاعات فلا يمكن كبحها من خلال بنى الذاكرة الواعية. فهذا لا يصبح ممكناً إلا من خلال لتطرق على المستوى اللفظي لمضامين الذاكرة المطابقة وإعادة ترتيبها من جديد (Brewin,2001).

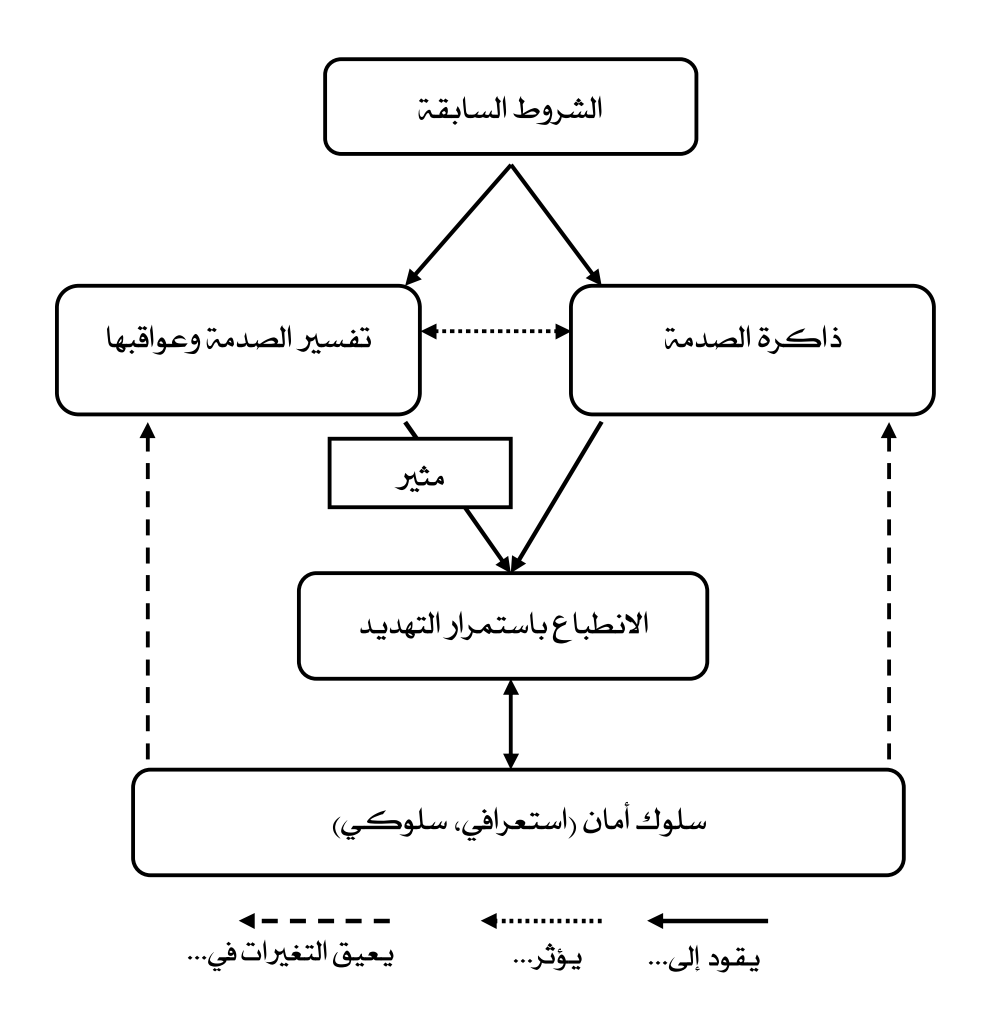
وقد قدم كل من إيلرز وكلارك (Ehlers & Clark,2000) نموذجاً استعرافياً حول اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD ينير التهديد المعاش بعد الصدمة والتهديد المحسوس حالياً (أنظر الشكل 1). إنه ينتج:

1- عن ذاكرة الصدمة الفردية كما أوضحنا سابقاً،

2- عن التفسيرات السلبية للصدمة وعواقبها (على سبيل المثال التفكير في موقف الصدمة على خلفية المعلومات المكتسبة فيما بعد: كان بإمكاني منع الصدمة، على الإنسان ألا يثق بالآخرين)،

3- عن استراتيجيات الأمان والتحكم المطابقة، التي يستخدمها المعنيون من أجل التهرب من التهديد الراهن (على سبيل المثال كبت الأفكار، إعادة توجيه الانفعالات واليأس والسلبيين المستثارة من الصدمة بغضب وحنق متطرفين.

ومن خلال النوعية الخاصة لإعادة الخبرة (نوعية هنا والآن Here and Now-Quality) لا يتم تصعيب دمج الخبرات الصادمة في ذاكرة تاريخ الحياة الذاتية (الصريحة) فحسب وإنما معالجتها elaboration أيضاً. وفي الوقت نفسه تتقوى استراتيجيات الحلقة المفرغة من التحكم وسلوك الأمان والميول السلبية في تقييم الصدمة/ تقييم العواقب والانتباه الانتقائي (قارن أيضاً Jones & Barlow,1990). ويرى الباحثان في هذا سبباً أيضاً للقابلية السريعة والمباشرة للاستدعاء من خلال منبهات الاستثارة المتعلقة بالصدمة.



الشكل (1): نموذج استعرافي مبسط لاضطراب ما بعد الصدمة PTSD وفق إيلرز وكلارك (2000؛ عن بوس، 2005)

ويمكن قياس التغيرات الاستعرافية من خلال مقياس الأفكار بعد الخبرات الصادمة Post-Traumatic Cognitions Inventory اختصار PTCI؛ الصيغة الألمانية لإيلرز وبوس، 2000، أنظر لاحقاً) ومقياس الأفكار المعطوبة Dysfunctional Cognitions Scale لستايل، 1997، أنظر لاحقاً.

4.2 النماذج ذات الصبغة السيكودينامية

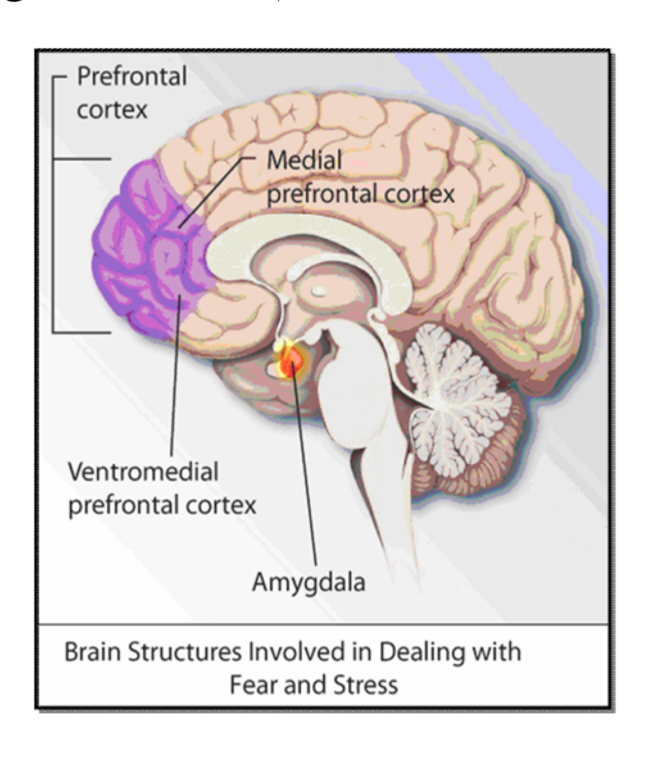
تدعم النماذج ذات الصبغة السيكوديناميكية الأقدم لتمثل الصدمة نماذج التفسير ذات التوجه الاستعرافي المعروضة في الفقرة السابقة (4.1). فهي تفسر الظواهر الديناميكية لتمثل الصدمة (التأرجح oscillation: عودة الخبرة الاقتحامية مقابل استراتيجيات التحكم لكبت الأفكار) من خلال ارتجاجات أو اختلالات disorganization التصويرات الاستعرافية (إمكانية ضبط الذات وتفسير العالم والتحكم به) والعملية طويلة الأمد بين سلوك التجنب (الإنكار، الصمم الانفعالي)، وتمثل الصدمة وأخيراً دمجها في البنى التصويرية القائمة.

والمسائل التشخيصية التي تنبثق عن نموذج التفسير لهوروفيتس (Horowitz,1976, 1997) ، تتجه بداية نحو التصويرات الاستعرافية العامة استناداً إلى فهم الذات والعالم عند المريض قبل وبعد الصدمة (إمكانية الإصابة الذاتية مقابل إمكانية الإصابة الآن وفي المستقبل على سبيل المثال). ففي سياق التصويرات الاستعرافية المتغيرة وجدت جانوف – بلومان (Janof-Bluman,1985,1989,1999) استعرافات معطوبة نمطية كالحساسية وفقدان قيمة الذات والعداوة وعدم القابلية للسيطرة على العالم. وعلى خلفية الإرهاقات الانفعالية الشديدة (وبشكل خاص أعراض استعادة الخبرة) وعمليات التحكم الاستعرافي والدفاع المطابقين يمكن أن تتضح أيضاً أعراض الاغتراب أو الانفصال عن الآخرين والمستقبل المقيد (قارن Maercker,2003)

4.3 مبادئ تفسير نفسية بيولوجية

للتوضيح المبسط للآليات النفسية البيولوجية وظيفة توعوية نفسية بالدرجة الأولى. ففي سياق تطوير نموذج تفسير فردي للاضطراب يمكن نزع الزخم من الأعراض التي يصعب فهمها من نحو الارتجاع والصمم الانفعالي أو نوبات الهلع المفاجئة، والقناعات المعطوبة المتمثلة في أن الإنسان قد جن. وفي الوقت نفسه يتم تحضير المعنيين على أنه من الممكن للأعراض أن تصبح في أثناء العلاج أقوى.

ففي إطار الدراسات الفيزيولوجية الدماغية أثبت لي دوكس وورومانسكي وكساغوريس(Le Doux, Romanski & Xagoris, 1989) أن اللوزة Amygdale[1] هي مكان إشراط الخوف في الأحداث الصادمة (يتم ربط منبهات المحيط مع الصدمة).



Brain Structures Involved in Dealing with Fear and Stress

(1) الرسم من المترجم.

وفي هذا السياق ثبت أنه من المهم فيما إذا كان قد تم تمثل أو معالجة المثيرات الصادمة قبلاً عبر طريق ما تحت القشرة أم عن طريق القشرة Subcortical or Cortical. ففي حين أن الطريق القشري يؤدي إلى التمثل المترابط منطقياً للمثيرات المعقدة بالتفاعل مع تلفيفة قرين آمون (تلفيفة حصان البحر hippocampus) واللحاء ما قبل الجبهي، فإنه على المستوى تحت القشري لا يحصل إلا تحليل سطحي لاشعوري لمحيط المثير. وتحت تأثير غددي عصبي يحصل فرط تعزيز لآثار الذاكرة الصدمية في اللوزة (قارن Cahill & McGaugh,1998)، مع انخفاض وظيفة اللحاء ما قبل الجبهي في الوقت نفسه (مثال Bremner et al., 2002) .

وفي دراسات حديثة بوساطة الطرق التصويرية أمكن إثبات هذا بشكل مثير للانطباع (على سبيل المثال Protopopescu, Pan Tuescher et al., 2005). وفي سياق التمثل القشري المنخفض تتم في المراجع البحثية مناقشة تقلص كتلة قرين آمون أيضاً (مثال Cilbertson et al., 2002) مع العلم أنه لم يتم التأكد بشكل اتفاقي حتى الآن فيما إذا كان الأمر هنا يتعلق بشرط لتطوير الاضطراب أو نتيجة له.

واستناداً إلى العمليات الموضحة في الفقرة 4.1 لذاكرة الصدمة تنشأ عن الطريق القشري آثار ذاكرة صريحة Explicit Memory trace وعن الطريق تحت القشري آثار ذاكرة ضمنية Implicit Memory trace. والبحث عن أسباب إشراط الخوف أو أعراض إحياء الخبرة (الارتجاعات، الاقتحامات، الكوابيس...الخ) ينبغي أن يتم في التمثل ما تحت القشري (Ohlmann & Solares, 1993). بالإضافة إلى ذلك يبدو أن الشروط الكامنة خلف مقاومة الإطفاء للروابط المشروطة بالخوف هي في تفكك مضامين الذاكرة الضمنية والصريحة (Elzinga & Bremner, 2002).

تتنوع التغيرات البيوكيمئاية ما بعد الصدمية (هناك عرض حديث لدى Yehuda, 2006, Wessa & Flor, 2006). فالتغيرات البنيوية والوظيفية للمناطق تحت القشرية تترافق مع سلسلة من التغيرات الكيميائية العصبية والغددية العصبية. وتمس التغيرات

بالدرجة الأولى وظيفية نظام التوتر النوراداريناليني والغلوكوكورتيكوئيد Glucocorticoid (مثال Yuda,2001,2002). وباختصار تشير النتائج إلى إن الأحداث الصادمة أو حتى التوتر المزمن – المستثار من خلال الأعراض المستمرة لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المستمرة يمكنها أن تؤثر على فاعلية استجابة التوتر (الإرهاق Stress reaction).

4.4 المبادئ متعددة العوامل

طور ميركر (Maercker, 2003) من خلال خمسة مجموعات من العوامل النشوئية (عوامل الخطر والحماية، عوامل الحدث، العوامل المحافظة على الاستمرارية، العوامل المنمية للصحة أو الموارد، العمليات أو النتائج ما بعد الصدمة) نموذج إطار متعدد العوامل قائم على العملية. ويساعد هذا النموذج سواء في تحديد مجالات المشكلة وإعادة بناء تاريخ النشوء، أم في تحليل القصور أو الموارد على حد سواء. فكعوامل خطر تعد -بالإضافة للبيانات الجائحية- الانصدامات المعاشة (وبشكل خاص في الطفولة) وشدة الانصدام الراهن (الفقرة 3.1) والمستوى المنخفض من التأهيل والجنس الأنثوي (Tolin & Foa,2006) وصغر السن في وقت الصدمة (Maecker et al., 2004) والسن المتقدمة كذلك، وتكرار الأمراض الطبية النفسية الأسرية والحالات التفككية ونقص الدعم الاجتماعي والاضطرابات السابقة (على سبيل المثال Hapke et al., 2006; Brewin, Andrews & Valentine,2000). وبالمقابل تعد مهارات المواجهة (القدرة على المشاركة) ومفاهيم من نحو الصلابة Hardness أو روح التماسك coherence إلى جانب موارد الدعم الملائمة عوامل وقاية (على سبيل المثال Ozer, Best, Lipsey & Weiss,2003). وأخيراً تتم دراسة البناء "النضج ما بعد الصدمة" (التقدير المكثف لقيمة الحياة) كنتيجة للتمثل الناجح للصدمة (على سبيل المثال Zoelner & Maercker,2006).

5- الأدوات التشخيصية

يتوفر العديد من الأدوات التشخيصية لقياس ظاهرة وظروف اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD على شكل مقابلات واستبيانات. وفي السنوات الأخيرة نمى عدد الأدوات المقومة بشكل جديد والقابلة للاستخدام فردياً. فقد نشر ميركر وبرومبيرغر (Maercker & Brumberger,2005) عرضاً ينصح به جداً لطرق قياس خصائص الأحداث الصادمة المختلفة، التي تستند إلى محك الصدمة (A1) و(A2) (أنظر الفقرة 3.1). أما شتراوس وشوماخر (Strauss & Schumacher, 2005) أو بريلر وشوماخر وشتراوس (Braehler, Schumacher & Strauss, 2001 فقد تناولوا بشكل أكبر الأدوات التشخيصية ذات التوجه السيكوديناميكي والسلوكي بشكل خاص.

5.1 أدوات التقييم الذاتي

مع البحث المكثف في السنوات الأخيرة تم تطوير عدد كبير من أدوات التقييم الذاتي لتشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD يتوفر منها الآن عدد كبير في اللغة الألمانية. وهي تقيس بشكل خاص الشدة والتكرار والأضرار الحياتية اليومية من منظور المعنيين وتعد على هذه الخلفية كأدوات فرز وكأدوات للحصول على معلومات مكملة الوسيلة المثالية (قارن Kiuch et al.,2003).

5.1.1 مقياس تأثير الحدث

تم نقل مقياس تأثير الحدث Impact of Event Scale ومقياس تأثير الحدث المعدل (اختصار IES & IES-R) (Horowitz et al.,1997) من قبل فيرنغ وفيليب (Ferring & Filipp, 1991,1994) مع المقاييس الفرعية الأساسية "الاقتحام والتجنب إلى اللغة الألمانية. وعلى الرغم من أن مقياس تأثير الحدث لا يفي بكل محكات منظومات التشخيص إلا أن فحصاً إحصائياً حديثاً للنسخة الأصلية أظهر نتائج جدية وأهمية إكلينيكية (Sundin & Horowitz,2002) كما أمكن الحصول على قيم موثوقة بالنسبة للمقياس الألماني (Ferring & Filipp,1994).

أما النسخة المعدلة فقد قدمها وايس وميرام (Weis & Maram,1996) حيث تم إضافة مقياساً فرعياً باسم فرط الاستثارة (فرط التوتر) وترجمت للألمانية من قبل ميركر وشوتزفول (1998). ويتألف المقياس من 22 بنداً تقيس تكرار الأعراض الظاهرة على مقياس رباعي، ولكنها لا تقيس مدى شدة معاناة المعنيين. كما أن هذه النسخة لا تسترشد بكل محكات الدي.أس.أم.DSM-IV-TR. إلا أن من نقاط قوة هذا المقياس الدرجة العالية من القابلية للمقارنة ذلك أنه قد تم استخدامه مع مجموعات مختلفة من الدراسات. كما أن صلاحيته وبشكل خاص صدقه مبرهن في عدد كبير من الدراسات العالمية، وهو ما برهنته أيضاً الدراسات الألمانية،. وقد تم إدخال صيغة تقدير لتقييم الاستبيان، لهذا تم الاستغناء عن عملية الجمع الجبري لمجموع الدرجات.

5.1.2 مقياس التوتر ما بعد الصدمة

ظهر مقياس التوتر ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Scale (اختصار PTSS-10) في المحيط الاسكندينافي وطور - ذلك أنه لا يتطابق إلا مع محكات الدي.أس.أم. الثالث DSM-III - بإدخال أعراض فرط اليقظة كأداة فرز (Malt & Weisaeth,1998). وقد تمت ترجمة النسخة الإنجليزية بداية من قبل Schade, Schnueffel und Schunk (غير منشورة؛ مقتبس عن ميركر، 2003) ولاحقاً من قبل ميركر (1998). ويقيس المقياس عشرة أعراض من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD، يستند ظهورها على الأيام السبعة الأخيرة (استجابات الهلع [النقزة] والكوابيس والاكتئاب على سبيل المثال. وقد قام توليسيوس وهيكانسون (Thulesius & Hakansson,1999) بتعديل مقياس يتألف من سبعة خيارات للإجابة عن البنود أطلقا عليه تسمية مقياس التوتر ما بعد الصدمة -10-70 اختصار PTSS-10-70 واستخدموه مع لاجئين حرب بوسنيين وكانت محكات الصلاحية فيه جدية. كما تمكن ستول ومجموعته (Stoll et al., 1999) من الحصول على قيم صدق وثبات باستخدام مقياس ثلاثي الإجابة استناداً إلى تشخيصات المقابلة التشخيصية الإكلينيكية العالمية المبنية SCID. ويتم استخدام المقياس بصورة

متكررة في مجال العناية المشددة في الأمراض المهددة للحياة كالتدخلات الجراحية القلبية أو متلازمة الضيق التنفسي الحاد Acute respiratory distress syndrome – اختصار ARDS –...الخ. والإجابة عن المقياس سريعة لا تستهلك الوقت (حوالي 3 دقائق). ولا توجد قيم معيارية. ولم يتم نشر المقياس بالألمانية حتى الآن، ولكن يمكن طلبه من الباحث نفسه.

5.1.3 مقياس أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المعدل MPSS

قدم كل من شبتسر وأبراهام وريشكه وفريبيرغر (Spitzer, Abraham, Reschke & Freyberger, 2001) ترجمة ألمانية لمقياس أعراض ما بعد الصدمة Modified PTSD Symptom Scale التي تم تطويرها في المحيط الأمريكي من قبل Falsetti, Resnick, Resnik & Kilpatrick (1993). والأداة عبارة عن أداة فرز تستقصي أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD في الأسبوعين الأخيرين من خلال 17 بند مصممة وفق الدي.أس.أم.DSM-IV. ويتم تقدير كل عرض على مقياس رباعي للتكرار وخماسي للشدة. ويظهر المقياس مؤشرات موثوقية تتراوح بين المقبولة والجيدة ويمكن استخدامه بطرق متنوعة بسبب تنوع طرق التقييم (Spitzer, et al., 2001). ولا تتوفر قيم معيارية للنسخة الألمانية. وقد أثبت هذا المقياس صلاحيته في الممارسة الإكلينيكية من خلال أنه يمكن قياس تكرار وشدة أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD بصورة مستقلة عن صدمة ما معروفة.

5.1.4 مقياس أعراض ما بعد الصدمة ـ التقرير الذاتي (PSS-SR)

تستند البنود السبعة عشر لمقياس أعراض ما بعد الصدمة – التقرير الذاتي PTSD-Symptom Scale-Self Report لفوو ويغز ودانمكو وروثباوم (1993) النسخة الألمانية: فينتر وفيننغر وإيلرز (1999) على المحكات التصنيفية من نحو تجدد الخبرة والتجنب وفرط الاستثارة في الدي.أس.أم.DSM-IV. ويمكن الحصول على التكرار (في الشهر

الأخير) بالإضافة إلى الشدة من خلال المجموع الكلي للإجابات. وقد تمكن كل شتيغلتز وفوو وفروم بيرغر وبيرغر (2001) من الحصول على درجات جيدة من الموثوقية للطبعة الألمانية.

5.1.5 مقياس تشخيص ما بعد الصدمة PTDS

طور فوو(Foa,1995) النسخة ألأصلية لمقياس تشخيص ما بعد الصدمة Posttraumatic Diagnostics Scale على أساس من مقياس أعراض ما بعد الصدمة – التقرير الذاتي PTSD-Symptom Scale-Self Report، لمجاراة محكات التشخيص في الدي.أس.أم.DSM-IV لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD بشكل كامل. وتم تقديم النسخة الألمانية من قبل إيلرز وستايل وفنتر وفوو (1996) وتم تقويمها مؤخراً (Griessel, Wessa & Flor, 2006). ويسبر المقياس معلومات نوعية حول تاريخ الصدمة والاستجابات المباشرة (محك الصدمة) ومصفوفات أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD (الاقتحام والتجنب وفرط اليقظة [الاحتراس]). ويشمل المقياس 17 بنداً، يجاب عنها بمقياس رباعي وتشمل الإجابات التكرار وشدة الأعراض. ولم يحدد فوو (1995) أية نقطة قطع Cut off Value وإنما، تدريج للدرجة الكلية (أربع مراتب من الخفيف إلى الشديد). ويحقق المقياس محكات الثبات والصدق بشكل جيد. وينصح باستخدام المقياس للاستخدام العملي بسبب شموله على كل محكات الدي.أس.أم.DSM-IV.

5.1.6 استبيان الاستعرافات المعطوبة

قامت ستايل (Steil,1997) بتطوير استبيان الأفكار المعطوبة dysfunctional Cognitions Scale (مخطوط غير منشور) ويشمل بشكل شبيه لمقياس PTCI (أنظر الفقرة 5.1.7) العوامل الاستعرافية الموجودة كالتفسيرات والاتجاهات والقناعات المعطوبة، بالنظر للأحداث الصادمة. فعلى مقياس تقدير مكون من عشر مراتب يتم

التقدير بين القطبين أبداً ودائماً، ظهور 34 استعراف مختل والتي تميز الأشكال المختلفة للانصدامات (مثال: سوف يرفضني الآخرين عندما يعرفون ما حصل")، ويقوم التقويم على حساب الدرجة الكلية، مع العلم أن الباحثة تنصح في بداية المعالجة بتقدير البنود منفردة. ويمكن استخدام المقياس لتقويم العلاج. وقد تم برهان صدق المقياس من خلال أدوات قياس إكلينيكية، وبرهنت الباحثة ثباته. ولا تتوفر له درجات معيارية. ويمكن الحصول على المقياس من الباحثة.

5.1.7 استبيان الأفكار بعد الخبرات الصادمة (مقياس الاستعرافات ما بعد الصدمة) PTCI

تم تطوير مقياس الاستعرافات بعد الصدمة Posttraumatic Cognition Inventory اختصار PICI من قبل فوو وإيلرز وكلارك وتولين وأورسيلو (1999)، وترجمه للألمانية إيلرز وبوس (2000).

تنتج التفسيرات السلبية للصدمة وعواقبها عن إدراك التهديد المستمر من خلال الحدث (Ehlers & Clark,2000) (أنظر الفقرة 4.1). ويقود استخدام الاستراتيجيات المعطوبة كالتجنب وكبت المشاعر والانشغال الفكري...الخ إلى نمو واستمرار اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD. ويشمل المقياس 34 بنداً (وثلاثة بنود إضافية) يقيس الأفكار السلبية نحو الذات والعالم والاتهامات الذاتية يجاب عنها على مقياس سباعي. ويمكن الإجابة عنه في دقائق معدودات وعلى الرغم من أن المقياس لا يراعي عدا الاستعرافات حول اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD أي من محكات الدي.أس.أم.DSM أو الآي.سي.دي.ICD فقد تم برهان القدرة التمييزية للنسخة الأصلية في مجموعات مع اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD ومن دون اضطرابات ما بعد الصدمة بدرجة فاعلية عالية (1,24 حتى 2,05؛ الحساسية 0,78؛ والنوعية 0,93؛ Foa et al., 1999). وللمقياس محكات صلاحية جيدة جداً. ويتيح المقياس تخطيط التدخلات الاستعرافية السلوكية. ويمكن طباعة النسخة الألمانية من إيلرز (Ehlers, 1999a)

5.2 المقابلات المبنية والمعيرة

تتوفر حول اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD أدوات المقابلة المبنية المعروفة (قارن الفصل 14 في هذا الكتاب).

5.2.1 المقابلة التشخيصية في الاضطرابات النفسية DIPD

تم تطوير المقابلة التشخيصية المبنية من قائمة المقابلة المبنية لاضطر القلق Anxiety Disorder Interview Schedule الأمريكية ADIS التي طورت بالأصل وفقاً للدي.أس.أم. الثالث وخضعت باستمرار لتطوير وفق تغير الدي.أس.أم. (التعديل الأخير ADIS-IV-L; DeNardo, Brwon & Barlow,1994) وتتيح الطبعة الثالثة لـ DIPD(Schneider & Margraf,2006) التشخيص الفئوي سواء لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD أم لاضطرابات التوتر الحادة ASD – Acute Stress Disorders، وتتيح النقل إلى منظومة الآي.سي.دي. العاشر ICD-10. بالإضافة إلى ذلك يمكن تقييم الشدة والمجرى الراهن والحصول بالإضافة إلى ذلك على معلومات موجهة للعلاج. كما تقيس النسخة الموسعة الخاصة بالبحث Research-DIPD(Margraf, Schneider, Soeder, Neumer & Becker,1996) في مجال اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD الأعراض الراهنة والانتشار مدى الحياة ومدة العرض. كما يمكن تقدير التكرار والشدة معاً على مقياس تقدير تساعي. وتراعي الأسئلة حول اضطراب التوتر الحاد إلى جانب الاضطرابات الراهنة الاضطرابات السابقة. إلا أنه لا تتوفر للأسف محكات راهنة لصلاحية أقسام اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD واضطرابات التوتر الحادة، إلا أن صلاحية الفئات العليا للاضطرابات (الثبات بالإعادة، موضوعية التطابق) تتراوح بين الجيدة والجيدة جداً (Schneider, In-Albon & Margraf,2006).

5.2.5 المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. (DSM-IV(SCID

تستقصي المقابلة الإكلينيكية المبنية Structured Clinical Interview for DSM-IV

اختصار SCID (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) عن طريق مسح الأحداث المتعلقة بالحدث المحكات B-E من اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD وفق الدي.أس.أم.DSM-IV. ويقوم القائم بالمقابلة بالتقييم على مقياس تقدير ثلاثي فيما إذا كان المحك محققاً أم لا، ويستطيع أن يسجل بالإضافة إلى ذلك إذا ما كان يعتبر أن بيانات المريض كافية أم لا. ويمكن تقييم مجرى وشدة اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD الموجودة. ومن وقت التطبيق البالغ حوالي 75–100٪ دقيقة يستغرق تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD حوالي 20 دقيقة. وقد برهنت المقابلة على ثباتها وصدقها في الممارسة العملية (Schuetzwohl,2003). وللأسف لا يمكن بالمقابلة الحكم إلا على استجابة التوتر الحادة فقط إلى جانب اضطراب التكيف، وليس على درجة شدة اضطراب ما بعد الصدمة PTSD القائم على المحكات.

5.2.3 المقابلة التشخيصية العالمية المركبة CIDI, DIA-X

تصلح المقابلة التشخيصية العالمية المركبة Composite International Diagnostic Interview التي يرمز لها اختصاراً CIDI, DIA-X والمطورة من فيتشن وبفيستر (1997) سواء للتأكد من توفر محكات اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD أم لتحديد وقت ومدة وسلوك المواجهة والأضرار في النشاطات اليومية. وفي الطبعة المحوسبة تم إلى جانب مراعاة منظومات الدي.أس.أم. والآي.سي.دي. المحكات البحثية أيضاً. ويشير الباحثان إلى توفر محكات صدق وثبات ممتازين من دراسات إكلينيكية ودراسات انتشار. وتعد المقابلة كأداة معيرة بالكامل أداة أساسية في البحث والممارسة.

5.2.4 مقياس الإدارة الطبية في اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD

يعد مقياس الإدارة الطبية لاضطراب ما بعد الصدمة Clinician-Administered PTSD Scale اختصار CAPS (Blacke et al., 1990, 1995, 2000) واحداً من أكثر الأدوات المستخدمة، والأكثر اقتباساً في المراجع ونصحاً للاستخدام في اضطرابات ما

بعد الصدمة PTSD. وقد ترجمه للألمانية وقومه (Nyberg & Frommberger, 1998,2001). وتشمل المقابلة المبنية محكات اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD من A حتى D وفق الدي.أس.أم.DSM-IV بالإضافة إلى الأعراض التفككية الإضافية لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD. ومن الممكن سحب البيانات على مجالات زمنية مختلفة (الأسبوع الفائت، الشهر الفائت، مدى الحياة). ويستطيع المقابل بداية الحصول على التكرار والشدة على مقياس خماسي وأن يعمل في الختام توثيقاً من خلال مقياس تقدير، بالإضافة إلى ذلك يمكن تحديد أعراض أخرى من نحو التأثيرات على التكيف الاجتماعي والمهني أو بيانات لتقييم صدق الأقوال وشدتها و (في الاستخدام المتكرر) مقدار التغيرات. وقد أظهرت نتائج دراسات التقويم للنسخة الأصلية نتائج تتراوح بين الجيدة والممتازة. وتتم الإشارة إلى أن المقابلة تتطلب مستخدماً إكلينيكياً خبيراً لديه خبرة بمفهوم اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD والدي.أس.أم.DSM-IV أو باضطراب التوتر الحاد. ويتم انتقاد زمن التطبيق الذي يستغرق بين 45-60- دقيقة (Foa & Tolin,2000).

5.2.5 المقابلة المبنية لاضطرابات التوتر المتطرف SIDIS

تم تطوير المقابلة المبنية لاضطرابات التوتر المتطرف Structured Interview for Disorders of Extreme Stress التي يرمز لها اختصاراً SIDIS لتشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المركب من قبل بيلزوفتز (Pelcovitz,1997). وتتوفر ترجمة ألمانية لتيغين وآخرين (Teegen et al., 1998) وأخرى من زاك وهوفمان (Sack & Hofmann, 2001).

وتقيس المقابلة الأعراض التي تظهر بعد الانصدامات المتطرفة (الاغتصاب، والتعذيب) في الصورة المناقشة لاضطراب ما بعد الصدمة PTSD المركب (قارن الفقرة 3.3). ومن الممكن تصنيف الأعراض المستقصاة إلى جانب اضطراب ما بعد الصدمة PTSD البسيط ضمن المجالات التي اقترحها هيرمان (1992) (اضطراب التنظيم الوجداني، والميول التفككية، واضطرابات التجسيد والأمراض الجسدية واضطراب

الشعور بالهوية والاضطرابات البين شخصية، وتولي دور الضحية Revictimization والفقدان العام للمعنى). ومن خلال الأسئلة التي يبلغ مجموعها عموماً 48 يتم تقدير الانفعالات والسلوك على مقياس رباعي (خفيف حتى الشديد) مع العلم أنه يتم تحديد الأعراض الإضافية الموجودة. وتم برهان الصدق والثبات في دراسات مختلفة (Reegen & Vogt, 2002).

5.3 التقويم المرافق المعالجة وللنتيجة

بهدف تقويم النتيجة قام ديفيدسون وكولكيت (Davidson & Colket,1997) بتطوير مقياس مختصر خاص بالاضطراب أطلقت عليه تسمية مقياس المعالجة النتيجة لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSDTreatment outcome PTSD-Scale PTSD ويرمز له اختصاراً TOP-8 ومتابعة تطويره (Davidson & Colket,1999)، والذي ينصح باستخدامه بشكل كبير. وفي المحيط الناطق بالألمانية لا يتوفر حتى الآن أدوات خاصة بالاضطراب إلا أنه تتوفر أدوات عامة يمكن استخدامها بشكل جيد لقياس تقويم العملية والمعالجة. بالإضافة إلى ذلك يمكن في مقتضى الحال استخدام الأدوات التشخيصية المعروضة هنا وبشكل خاص تلك المتعلقة بالقياس الاستعرافي (مقياس الاستعرافات المعطوبة، وPTCI) لتقويم المعالجة.

6- ملاحظات ختامية

يستخلص غراوة في آخر منشوراته أن التوليف بين البحث النفسي والعصبي لسياقات الاضطرابات ما بعد الصدمة تعد مثالاً خاصاً للبحث عن إمكانات معالجة ملموسة لصورة اضطراب متعددة الجوانب (Grawe,2004). وطبقاً لذلك تتنوع كذلك المهام والإمكانات التشخيصية. ومن أجل التشخيص القائم على التعديل بالإضافة لذلك استخدام سلسلة من أدوات القياس المتعلقة بالصدمة (Maercker & Bromberger, 2005) وتصورات النماذج النشوئية (Ehlers & Clark,2000; Boos,2005) وكذلك

المفاهيم أو التصورات المتعلقة بالاضطراب أو بالمنشأ الصحي (مثال: الصلابة Hardness، الإحساس بالتماسك، النضج ما بعد الصدمة...الخ). واستناداً إلى الترتب النسولوجي وتصنيف الأشكال المعقدة من اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD ينتظر أن يأتي الحل من منظومة الدي.أس.أم.. وسوف تنير نتائج البحث الأكثر تفريقية في السنوات الأخيرة مجموعة اضطرابات التكيف بشكل أقرب.

جدول (4) عرض للأدوات التشخيصية لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD

الأدوات التشخيصية			ملاحظات
استبيانات	مقياس تأثير الحدث Impact of Event Scale ومقياس تأثير الحدث المعدل (اختصار IES & IES-R)	(Ferring & Filipp, 1991,1994)، Maecker & Schuetzwohl (1998)	مقياس فرز لا يشمل كل محكات الدي.أس.أم.-DSM-IV
	مقياس اضطرابات ما بعد الصدمة - PTSS-10 Posttraumatic Stress Scale	Maeckee (1998)	مقياس فرز مع عشرة أعراض من DSM-III
	مقياس أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة-تقرير ذاتي PTSDPTSD-Symptom Scale (PSS-Report)	Winter, Winninger &Ehlers (1992)	أداة فرز، تقيس مجموعات الأعراض لمحكات الدي.أس.أم.-TR DSM وفق الشدة والتكرار.
	مقياس أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD المعدل MPSS	Spitzer, Abraham, Reschke & Freyberger, 2001)	أداة فرز، تقيس مجموعات الأعراض لمحكات الدي.أس.أم.-TR DSM وفق الشدة والتكرار.

الأدوات التشخيصية			ملاحظات
	مقياس تشخيص ما بعد الصدمة PTDS	Ehlers, Steil, Winter & Foa (1996)	أداة فرز تقيس محكات الدي.أس.أم.-TR DSM الكاملة (بما في ذلك محك الصدمة)، وفق التكرار والشدة.
	استبيان الأفكار المعطوبة dysfunctional Cognitions Scale	Steil,1997	تحديد وقياس التغير في العوامل الاستعرافية
	مقياس الاستعرافات بعد الصدمة Posttraumatic – Cognition Inventory PTCI	Ehlers & Boos (2000)	تحديد وقياس التغير في العوامل الاستعرافية
مقابلات	المقابلة التشخيصية في الاضطرابات النفسية DIPD	(Schneider & Margraf,2006)	قسم الاضطراب يشمل على محكات الدي.أس.أم. الرابع لاضطراب ما بعد الصدمة واضطراب التوتر الحاد، استخلاص معلومات مهمة بالنسبة للعلاج
	المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم.-DSM-IV(SCID)	Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997	قسم الاضطراب يشمل محكات الدي.أس.أم. الرابع لاضطراب ما بعد الصدمة ولكن ليس لاضطراب التوتر الحاد

الأدوات التشخيصية			ملاحظات
	المقابلة التشخيصية العالمية المركبة CIDI, DIA-X	Wittchen & Pfister (1997)	قسم الاضطراب يشمل محكات الدي.أس.أم. الرابع لاضطراب ما بعد الصدمة ولكن ليس لاضطراب التوتر الحاد
	مقياس الإدارة الطبية في اضطرابات ما بعد الصدمة CAPS	(Blacke et al., 1990, 1995, 2000	محكات الدي.أس.أم. الرابع لاضطراب ما بعد الصدمة واضطراب التوتر الحاد، الاستقصاء الموسع الموجه للعلاج ممكن.
	المقابلة المبنية لاضطرابات التوتر المتطرف SIDIS	Teegen et al., 1998، Sack & Hofmann, 2001	تحديد الأشكال المعقدة لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD

24-الاضطرابات التفككية

كريستينا شولتزه وكاترين شونه

Christina Schultze&CatrinSchoene

1- مدخل
2- الجائحة
3- التشخيص التصنيفي
3.1 النسيان التفككي
3.2 الهروب التفككي
3.3 اضطرابات الاغتراب
3.4 اضطرابات الهوية التفككية
3.5 اضطرابات التحويل
4- تصورات النشوء والتشخيص القائم على التعديل
5- الأدوات التشخيصية
2.1 أدوات الفرز
2.2 المقابلات الإكلينيكية
6- ملاحظات ختامية

1- مدخل

التفكك عبارة عن انقطاع الوظائف التكاملية للوعي أو الذاكرة أو الهوية أو إدراك العالم (APA, 1994; Class & Schultz,2002). وقد رسم روس (Ross,1997) إلى جانب باحثين آخرين (مثل هوبر Huber,1996) مفهوم التفكك Dissociation باعتباره ثنائية dualism بين الترابط Association (يعني المصطلح اللاتيني dissociare=الربط) والتفكك Dissociation (يعني المصطلح اللاتيني Associare=الانشقاق، الانشطار).

ويصف كلا القطبين الوظائف النفسية للحياة اليومية. ففي التقاليد البحثية للقرن العشرين تم في مجموعة من النماذج (من نحو Bernstein & Putnam,1986; Braun,1989; Ross,1989 مقتبس عن Ross,1997؛ Kihlstrom,2001; Cardeňa & Gleaves,2003) اعتبار الظواهر التفككية على أنها متصل بين السواء والاضطراب. وهكذا فإنه حتى في الدي.أس.أم.(DSM-IV(Sass,2003 تم التأكيد على أن التفكك لا يقود دائماً إلى معاناة ذات أهمية أو للرغبة في المساعدة ولهذا السبب لا ينبغي أن تتم معاملته معاملة مرضية.

وتتعلق الظواهر التفككية بدرجة عالية بالثقافة (Prins,1990; Escbar,1995) ونلاحظها حتى في الضغوطات المتطرفة التي يختارها المرء بنفسه (خبرات الغشوة[1] لمتسابقي[2] الماراثون؛ Masters,1992) أو الظواهر الخلاقة لخبرة التدفق أو الفيضان Flow-Experience (Ciskszentmihalyi, 1990; Butler, 2006) ويمكن أن تتباين القدرة على التفكك ونوع الخبرات التفككية بمعنى سمة (بيئية أو وراثية) بين الأشخاص المختلفين (Waller & Ross, 1997). وقد وصف بوتنام(Putnam,1989) أن الأشخاص ذوي الدرجة العالية من الإيحائية والميل المتطرف للاستغراق هم أقرب للانزلاق في الاضطراب.

وفي دراسات التوائم المتطابقة أمكن في هذه الأثناء برهان وجود أساس وراثي للقابلية التفككية(Jang et al.,1998) وهي فرضية كان جانيه Janet في عام 1889، وفرويدوبروير (1859) مقتبس عن (Elenberger,1996) قد تتبعها كسبب وراثي لتشكل الهستيريا.

---

(1) الغشوة أو الغيبة trance. تغيير في حالة الوعي مع تركيز الانتباه وتوجيهه إلى شيء ما كما يحدث في التنويم Hypnosis، وحالات الهستيريا أو الاضطراب التفككي Dissociative disorder وفي التجليات الروحانية.(حَالَة تَجَلِّي trance state).

(2) سباق مسافته 42 كم.

ولكن متى يكون التفكك مرضياً؟ في العادة يتم الحديث عن اضطراب عندما لا يعود الفرد قادراً على التأثير على العملية بشكل إرادي وعندما تلحق هذه الحالة بالكفاءة الوظيفية العامة أو تكون عاقبتها المعاناة الشخصية (Fiedler,2001).

يشمل التفكك على مساحة واسعة جداً من الظواهر النفسية المختلفة (Spiegel & Careña,19991; Eisen, Quin, Goodman & Davis,2002). ويعد الإدراك المقيد لذات الشخص كوحدة (Comer,1995) وفقدان التكامل النفسي وكذلك الجسدي للخبرات، والاستجابات والوظائف السمات الأساسية للاضطرابات التفككية. كما يمكن أن يكون تذكر الماضي الشخصي مصاباً أيضاً مثله مثل خبرة التحكم بالأحاسيس الجسدية وحركات الجسد.

لوحظت ظاهرة التفكك منذ آلاف السنين في الثقافات المختلفة (في الشامانية على سبيل المثال) والأساطير (كعبادة أوزيريس[1] Osiris Cult المصرية القديمة). وكمفهوم نفسي فإن التفكك قريب من دراسة الهستيريا. ففي أوروبا القرن التاسع عشر كانت إشكالية الشخصيات المتناوبة نقطة النقاش الأساسية في الطب النفسي (Ellenberger,1996). وكان أول من أدخل أول تنظيم منهجي مفصل للأعراض الهستيرية الطبيب العصبي الفرنسي باولبريكيه[2] Paul Briquet في علم الأمراض الطبي النفسي في عام (1859، مقتبس عن Fiedler,2001). وشكلت متلازمة بريكيه أساس ما يسمى محكات سانت لويس، التي أعيدت تسميتها في ستينيات القرن العشرين إلى اضطرابات التجسيد (Guze,1964,1967).

---

(1) أحد آلهة مصر القديمة

(2) بريكيه طبيب عقلي فرنسي (1796-1881) Briquet, Paul وصف هذا الطبيب حالة مرضية تصيب السيدات بصفة خاصة وتكثر فيها الشكوى من أعراض جسدية وآلام متفرقة في الجسم وأطلق عليها متلازمة بريكيه، وذلك عام 1899، وهذه الحالة تدخل حالياً في التصنيفات الحديثة تحت مسمى اضطرابات التجسيد Somatization.

أما الفيلسوف والطبيب النفسي الفرنسي بيير جانيه Pierre Janet (1859–1947) فقد فهم تحت التمزق الهستيري عملية فقدان التحكم الشعوري لنمط الذكريات والتصرفات. وكمثير خمن جانيه الصدمات المعاشة التي تتجلى في الفكرة الثابتة idée fixe وتستثير بشكل خاص لدى الأشخاص المحملين وراثياً أعراض، المشي في أثناء النوم somnambulism (حالة تنويمية شبيهة بالغشوة) ,Janet,1889; from Ellenberger) 1996; Overkamp, Hofmann, Huber & Dammann,1997). ورأى جانيه في الوقت نفسه في إدخال هذه الحالة التنويمية إمكانية المعالجة والشفاء لهذه الأعراض. وعلى العكس من فرويد فلا يكون وفق رؤيته أي لاشعور موجود بداهة a Priori existent subconscious. فهذا يتشكل بداية بنتيجة الخبرات الصادمة عندما يحصل انقسام لأجزاء من الخبرة من الوعي.

أما في النماذج النظرية الدافعية عند فرويد بالمقابل فإن للهستيريا الآلية الفاعلة لعملية التحويل. فرموز النزوعات الدافعية المقيتة للصراع تعبر عن نفسها من بين أمور أخرى في أعراض الجسد. وعليه فإنه في الجدل القائم حتى وقتنا الحاضر حول مفهوم الهستيريا يدور الأمر حول السؤال: هل الأعراض التفككية كما هي لدى فرويد نتيجة عملية تغير ديناميكية نفسية أم تحصل نتيجة آلية تنظيم ذاتي ذهني سلبي[1] (Fiedler,2001; Gast, Rodewald, Kersting&Emrich, 2001; Hoffmann, Eckhardt-Henn& Scheidt,2004).

وينعكس هذا الجدل أيضاً في التصنيف المتغير عبر السنين للهستيريا كتحويل أم كتفكك في أنظمة التصنيف الآي.سي.دي.ICD والدي.أس.أم.DSM. ففي حين كانت هناك حتى ثمانينيات القرن العشرين سيطرة لمبدأ الفهم التحليلي النفسي (مفهوم العصاب الهستيري في الدي.أس.أم. الثالث DSM-III, 1984) فإن وضع النتائج

(1) Passive mental Auto regulation Mechanism

الإمبيريقية للأشكال النفسية في الدي.أس.أم. الرابع(DSM-IV-TR(Sass,2006 أشد تطابقاً مع التفكك (Fiedler,2001). أما الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 فمازال متمسكاً بمفهوم الهستيريا ويصنف العمليات التفككية (النفسية) والتحويلية (الجسدية) (Sass,2006). ولكن حتى في الدي.أس.أم. هناك حاجة للتجذير النظري الشامل ولتصنيف التنوع الظواهري للأعراض التفككية والتي تظهر أيضاً في سياق صور اضطرابات أخرى (من نحو اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD والاضطراب الحدودي واضطرابات التجسيد واضطرابات الطعام....الخ) (Dell, 2001a:;Hoffmann &Eckhardt-Henn, 2004). وفي السنوات الأخيرة تم بمساعدة البيانات الإمبيريقية للبيولوجيا العصبية حول ذاكرة الصدمة (مثال Reinders et al., 2006) إلقاء ضوء موضوعي في الجدل الدائر بصورة إيديولوجية. وعلى هذه الخلفية فإن مهمة البحث الإمبيريقي المستقبلي تكمن في توضيح مفاهيم وبناءات الهستيريا والتفكك والتجسيد (Hoffmann, Eckhardt-Henn&Scheidt, 2004).

وحسب منظومة التشخيص المصبوغة أنجلو أمريكياً الدي.أس.أم.DSM فإن الأعراض الرئيسية المرضية المهمة تتجلى في فقدان الذاكرة واغتراب الشخصية أو اغتراب الواقع بشدات مختلفة امتداداً إلى ظهور هويات مختلفة، والتي قد توجد إلى جانب بعضها البعض بشكل شعوري بدرجة من الدرجات. فإذا ما استمرت هذه الأعراض عبر فترة زمنية طويلة فيمكنها أن تطور اضطرابات تفككيه. وترتبط بصورة وثيقة مع الإرهاقات (التوترات) والصدمات والأحداث الحياتية الحرجة (قارن الفقرة 4).

2- الجائحة

حتى ثمانينيات القرن العشرين كانت وجهة النظر السائدة أن الاضطرابات التفككية نادرة جداً وقد تكون متعلقة بالثقافة (Dolling,2006).إلا أن عدداً كبيراً من الدراسات يبرهن اليوم أن انتشار مدى الحياة للاضطرابات التفككية لدى الجمهور

العام يتراوح بين 1,8٪ إلى 7٪ (Spitzer, Babow, Grabe, Klaier, Stiegltz, Schneider &Freyberger, 2006; Gast et al.,2001; Rodewald& Gast,2000; Waller & Ross, 1997; Vanderlinden, van Dyck, Vanderecken&Vertommen, 1991,1993) ونسبة الاضطرابات التفككية للهوية[1] DID تبلغ حوالي 1٪ (Ross et al., 1991). وترتفع النسبة في العينات الطبية النفسية حتى 5.44٪، وحتى 12٪ في الاضطرابات التفككية للهوية، مع العلم أن النسبة في المحيط الأمريكي أقل (Spitzer et al., 2006; Nilson&Svedin, 2006; Gast et al., 2001; Rodevald&Gast, 2000; Foote, Smolin, Kaplan, Legatt&Lipschitz, 2006; Ross, Duffy &Ellason, 2002; Friedl& Draijer,2000; Ross,1997).

وفي بداية التسعينيات من القرن العشرين تم في دراسة جديرة بالاهتمام لروس ومجموعته (Ross et al., 1991) لفت النظر إلى النسبة العالية من الانتشار للظواهر التفككية. فقد حقق 5٪ من عينة سكانية كندية ممثلة (ن=1055، في وينبغ بكندا Winnipeg, Canada) القيمة السيكوباثولوجية الحرجة للخبرة التفككية في مقياس الخبرات التفككيةDissociative Experience Scale (اختصار DES; Bernstein & Putnam,1986).. وفيما يتعلق بالميل للإيحاء والقابلية للإيحاء فلم يتم حتى الآن التمكن من برهان وجود فروق جنسية (Ross,1997; Bernstein & Putnam, 1086; Spitzer et al.,2003). إلا أنه حسب الدي.أس.أم.DSM-IVR(Sass et al., 2003)فإن الاضطرابات التفككية لدى النساء تشخص أكثر بتسعة أضعاف مما هو الحال لدى الرجال.

3- التشخيص التصنيفي

في نموذج طوره براون (Braun,1989) وتم استخدامه وتبسيطه منذ ذلك الحين من قبل كثير من الباحثين (Ross,2007) تم ترتيب الأعراض التفككية على متصل، يزداد

---

(1) Dissociative Identity Disorders

تعقيده مع مقدار الاضطراب. وهنا يتم في كل مرة تشخيص الاضطراب من خلال أعلى درجة من تعقيد الأعراض (قارن جدول 1).

الجدول (1)طيف الاضطرابات التفككية (حسب روس Ross,1997, P.98)

معقد Complex
اضطراب الهوية التفككي Dissociative Identity Disorder (DID
اضطراب تفككي جزئي غير محدد في مكان آخر Partial-DID-Dissociative Disorder Not Otherwise Specified
الشرود (الهروب التفككي) Dissociative Fugue
فقدان ذاكرة تفككي Dissociative Amnesia
تفكك عادي Normal Dissociation
بسيط Simple

وعلى أساس من نظرية ماير Myer (1940) طور نيجنهيوز وفان دير هارتوستيل(Nijenhuis, van der Hart & Steele, 2004) نظرية شاملة في التفكك البنيوي تستند إلى الصدمة. وترى هذه النظرية أن انشطار الشخص إلى أجزاء انفعالية مثبتة على الصدمة وأجزاء تبدو أنها شغالة بشكل طبيعي هو جوهر الحدث التفككي. وفي هذا السياق يمكن تنميط العمليات التفككية الأولية والثانوية والثالثية. ففي التفكك

الأولي يبدو أنه تتم المحافظة على الحدث الصادم بعيداً عن الجزء الشغال ظاهرياً بشكل طبيعي للشخص، بتخزينه في الجزء الانفعالي (كمحتوى رهابي صدمي)، كما هو الحال في اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD نلاحظ وجود أعراض (فرط الاحتراس أو التيقظ على سبيل المثال Hyper vigilance).

وفي الشكل الثانوي يحصل انشطار في الجزء الانفعالي (كالهرب، الجمود، القتال على سبيل المثال). وتكون نتيجة هذا الانشطار استمرار الآلية التفككية في خرق شخص الحياة اليومية (أي الشخص المألوف)، الأمر الذي يتجلى في اغتراب الواقع واغتراب الشخصية. ويحصل ارتفاع آخر في التفكك الثالثي، ينشطر فيه شخص الحياة اليومية (أي الشخص المألوف) في حالة اضطرابات الهوية التفككية إلى حالات مختلفة من ألانا (على سبيل المثال سلوك الرعاية كأم...الخ). بالإضافة إلى ذلك هناك محاولات لتصنيف الاضطرابات التفككية إلى منظومات المنحنى المركب[1] Circumplex Systems، كما هو الحال في التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي (SASB)، حيث تم هنا التعرف على وضع صراع ضمن شخصي منخفض بالمقارنة

وفي منظومات التصنيف الرسمية للدي.أس.أم.DSM-IV-TR والآي.سي.دي.العاشر ICD-10 لم تتم معاملة الاضطرابات التفككية بشكل موحد (قارن جدول 2). وقد تعرضنا في الفقرة (1) إلى الخلفية التاريخية العلمية للبناءات الكامنة خلفها. والنقد المحق للتعيير الإجرائي الراهن لتصنيف الدي.أس.أم. يتعلق

---

(1) نموذج المنحنى المركب: نموذج من علم النفس الاجتماعي للشخصية والانفعالات. أدخل المفهوم Jerry S. Winggings, 1982 حيث يتم فيه ترتيب المتغيرات المقاسة من خلال العلاقات البين شخصية في مخطط دائري ثنائي البعد (ومن هنا التسمية Circumplex) وهو مصطلح صاغه Timothy Leary, 1957. وقد برهن هذا النموذج نفسه في مجالات مختلفة منها علم نفس الانفعالات وأبحاث السمات البين شخصية وتعد الجائرة البين شخصية Interpersonal Circumplex واحدة من أفضل النماذج المدروسة والمفصلة لوصف الشخصية.

بنقص الإجماع وبتاكسسونوميةtaxonomy[1] المفاهيم، وبشكل خاص فيما يتعلق باضطرابات الهوية التفككية(Dell,2001b) (أنظر الفقرة 3.4). ومن بين الاقتراحات التي قدمت إعادة تصميم شاملة للفئات التشخيصية ومراعاة التعقد المتزايد للاضطراب والترتيب التاكسونومي (مثال ;Waller &Mweehl, 1997; Dell, 2001b Hoffmann & Eckhardt-Henn,2004). بالإضافة إلى ذلك ظهر أن فئة "اضطرابات تفككيه غير محددة بدقة" في الدي.أس.أم.DSM-IV (اختصار DDNOS) التي تشمل تلك الظواهر التفككية وصور الاضطراب التي لا تحقق قائمة محكات تشخيص الدي.أس.أم. الرابع غير باعثة على الرضا (Dell,2001b).

وسوف نقوم في هذا الفصل بمنح الأولوية لمناقشة أشكال التجلي النفسية للاضطرابات التفككية الموضوعة في الدي.أس.أم.DSM-IV (باستثناء DDNOS)، وسوف تحتل اضطرابات التحويل، التي تتم مناقشتها في المراجع البحثية على أنها تعبير عن الظواهر التفككية(Isaac & Chand, 2006; Nijenhuis, 2004a/b) مركزاً خاصاً.

3.1 النسيان التفككي

يوصف النسيان التفككي (فقدان الذاكرة التفككي [الفجوة الذاكريةالتفككية] Dissociative Amnesia) على أنه عدم القدرة على تذكر معلومات شخصية مهمة، غالباً ما تكون ذات طبيعة صادمة أو متطرفة. وهذه الفجوات الذاكروية تتجاوز الحد المألوف للنسيان الطبيعي ولاتكون ناجمة عن مرض دماغي عضوي أو تسمم (Dilling,2006). وحوالي 10٪ من الجمهور العام يظهر لديه بعد خبرة حدث صادم فجوة ذاكرية بدرجات مختلفة مع أن البيانات الجائحية الموثوقة غير متوفرة (Eckhardt-Henn,2004).

(1) يعني التصنيف، وهو مصطلح من البيولوجيا ويعني تصنيف الحيوانات والنباتات إلى طوائف ورتب وفصائل وأجناس وأنواع.

جدول (2): تصنيف التفكك والتحويل في الدي.أس.أم.DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10

DSM-IV	ICD-10
اضطرابات جسدية الشكل	**اضطرابات تفككيه (اضطرابات تحويل)**
300.11 اضطرابات تحويل	F44.2 الخدار (الذهول) stuporالتفككي F44.4 اضطرابات الحركة التفككي F44.5 نوبات التشنج التفككية F44.6 اضطرابات الإحساس والحساسية التفككية dissociative sensibility and feeling Disorder
اضطرابات تفككيه	
300.12 فجوة ذاكرة تفككيه 300.13 الهروب (الشرود) التفككي 300.14 الاضطراب التفككي للهوية 300.15 اضطرابات غير محددة بدقة	F44.0 فجوة ذاكرة تفككيه F44.1 الهروب (الشرود) التفككي F44.3 حالات الغشوة والاستحواذ التفككية dissociative Trance- and Obsession- states F44.7 اضطراب تفككي، مختلط F44.8 اضطرابات تفككيه أخرى F44.80 متلازمة غانسر Ganser Syndrome F44.81 الشخصية المتعددة F44.88 اضطرابات تفككيه أخرى محددة بدقة F44.9 اضطرابات تفككيه غير محددة بدقة
	اضطرابات عصابية
300.60 اضطراب اغتراب شخصية	F48.1 اضطراب اغتراب الشخصية/ اغتراب الواقع

وفي الحصول المعزول يمكن أن تتراجع أعراض الفجوة الذاكرية بعد مجرى حاد بشكل عفوي خلال ساعات قليلة أو أيام (Lucchelli, Muggia&Spinler, 1995; Schcter, 1999). فإذا استمرت الأعراض لسنوات فيتم عندئذ الحديث عن الشكل المزمن. وغالباً ما تكون الفجوات الذاكرية في النسيان المزمن متخفية أو مغطاة ولا تتضح إلا عند سؤال المعني (Hofmann, 2004). وبما أن المعابر مع النسيان النفسي الطبيعي مطاطة فإن هذا الشكل من الفجوات لا يسبب الكثير من المعاناة. أما الإرهاقات عند المعنيين فتظهر في الغالب بداية عندما تتضرر الحياة اليومية. وتمثل الفجوة الذاكرية العرض الأساسي لعمليات معقدة من الاضطرابات التفككية. (أنظر جدول 1)

وقد قُرر في تصنيف الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 أنه لابد أن يكون الجوهر المستمر، غير القابل للتذكر لمعلومات الماضي الذاتي واضحاً. وتتجلى خبرة الاضطراب في اضطرابات التركيز والحيرة بسبب فجوات الذاكرة. ولا يتم الحديث عن اضطراب إلا عندما توجد تضررات وظيفية واضحة أو معاناة شخصية أو كليهما (Dilling,2006). وفي السياق الزمني يتم التفريق بين الأشكال التالية من فجوات الذاكرة:

- الفجوة التراجعية retrograde Amnesia (فقدان المعلومات المرتبطة بالفترة الزمنية قبل الحدث).
- الفجوة ما بعد الصدمة posttraumatic Amnesia (فقدان تذكر الأحداث المرتبطة ضمناً بالأحداث أو ما يتعلق بها.
- الفجوة المحيطية Anterograde Amnesia (الذكريات الموجودة قبل أو أثناء أو بعد الحدث أو كلها معاً).

وتشبه محكات الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 محكات الدي.أس.أم.DSM-IV. وقد هناك تم بشكل إضافي تحديد خمسة ضروب نوعية من الفجوات، الفجوة المتموضعةlocalize Amnesia (لأحداث محددة أو واضحة زمنياً)، والفجوة الانتقائية

Selective Amnesia (لعدد قليل من الأحداث) والفجوة المنظمة Systemize Amnesia (لنوع محدد من الأحداث) والشكل المعمم (لكل الأحداث).

وقد أظهرت نتائج الطرق التصويرية في الحالة التي يكون فيها فقدان للذاكرة وجود تمثل أقل للمعلومات في المناطق الدماغية المطابقة (;Markowoitsch, 2000 Brandt & van Gorp, 2003). كما يمكن أن تصاب المضامين غير المتعلقة بالصدمة أيضاً في الفجوات المتعلقة بالصدمات (van der Hart &Nijenhuis, 2001). أما الأسباب فتتم الإشارة بشكل خاص إلى أسباب عضوية دماغية (على سبيل المثال اضطرابات دماغية Commotiocerebri)، والتسممات (كالكحول أو العقاقير أو الأدوية على سبيل المثال) وعمليات التهدم الدماغي (الخرف) أو المحاكاةsimulation بسبب العواقب المهددة (في مجال القضاء الشرعي).

3.2 الهروب التفككي

في حين حظي مفهوم الهروب Fugue (من اللاتينية Fugere ويعني الشرود، الهروب، الابتعاد) في الماضي باستخدام واسع حتى في حالات اضطرابات طبية نفسية ونفسية مختلفة (كالفصام على سبيل المثال والصرع) (قارن Akthar&Berner, 1979)، فإن استخدامه اليوم يقتصر على مجال خبرة فقدان الذاكرة التفككي. وتبلغ نسبة الانتشار مدى الحياة حوالي 0.3٪ (جمهور أمريكي-كندي؛ Loewenstein, 1996)، وبهذا يكون الهروب التفككي أندر اضطرابات الوعي. وبالنسبة للحالات الفردية يتم ذكر وجود تكرار أسري يشير إلى وجود أساس وراثي للقابلية العالية للإيحاء (Jang et al., 1998).

في الدي.أس.أم.DSM-IV يتم وصف الهروب التفككي بأنه الخروج المفاجئ، غير المتوقع من البيت أو من مكان العمل المألوف (التحرك أو الانتقال locomotion) (Sass,2003). ويعد وجود فجوة ذاكرية جزء من الهروب: إذ لا توجد القدرة على تذكر الماضي أو يوجد تشتت فيما يتعلق بالهوية الذاتية، يمكن أن تظهر بنتيجتها تبني هوية أخرى جديدة. إلا أنه في العدد القليل من الدراسات فإن الإشارة هي أقرب لتشوش

الهوية (Keller &Shaywitz, 1986) Identity confusion. وفي أمور الحياة اليومية يبدو المعنيون طبيعيين. وبداية عندما يتجلى القصور التاريخ حياتي وتحصل مطالب معقدة من الأفعال تصبح الإمراضية النفسية (السيكوباثولوجيا) قابلة للتشخيص (Hoffmann, 2004).

يصف كارل ماي Karl May الكاتب الذي أصبح مشهوراً من خلال رواياته الخيالية في سيرته الذاتية السنوات بين 1862 حتى 1870، التي اتخذ فيها مراراً هويات مختلفة على النحو التالي:

" اختفت تلك الأيام من ذاكرتي، اختفت كلية. ولأسباب نفسية أود أن أروي كل شيء بصراحة وتفصيل قد الإمكان، إلا أني للأسف لا أستطيع، لأن كل هذا بنتيجة حالات روحية فريدة جداً [...]، محيت من ذاكرتي، و كل ما أعرفه أني قد فقدت نفسي كلية وبأني بعدئذ وجدت نفسي في رعاية الأهل وبشكل خاص جدتي. وعندما شفيت بمشقة ووقفت على قدمي بصلابة، ذهبت إلى ألت كيمنتس[1] لأنشط ذاكرتي المعطوبة. وكان الأمر بلا طائل فيما يتعلق بالأماكن؛ فلم أتعرف على أي شيء، لا إلى الأبنية ولا إلى شقتي السابقة ولا إلى أي مكان كنت فيه (May, 1910, P.107).

وقد ميز رايس وفيشر(Rice & Fischer,1976) بين أربعة أشكال فرعية تمتد من على متصل من الشدة يمتد من الهروب التفككي البسيط إلى الحالات المعقدة منه:

أ - الشكل البسيط بمدد مختلفة مع فقدان ذاكرة عن الحدث.

ب- العودة إلى مرحلة سابقة من الحياة من دون تغيير الهوية، ولكن مع فقدان ذاكرة تراجعي،

ج- حالات الهروب مع تبديل لاشعوري للهوية،

د- مع تبديل مقصود للهوية (كشكل معقد).

---

(1) مدينة ألمانية.

في التشخيص التفريقي لابد من فصل الحالات ذات السبب العضوي (صرع الفص الجبهي، تعاطي مواد مؤثرة نفسياً). وهنا لا توجد في المنشأ أحداث صادمة أو صراعات (Fiedler, 2001). وينطبق هذا أيضاً على المراحل المشابهة من الأطوار الهوسية أو الفصام أو الخرف، التي غالباً ما لا يحصل فيها تبديل للهوية. وأخيراً توجد في ثقافات مختلفة ظاهرة متلازمة الركض أو آموك (القاتل الراكض[1] Amok) (Prins, 1990; Escobar, 1995)، التي تتصف بحصول هروب حقيقي مع مستوى مرتفع من النشاط وحالة من الغشوة أو تبديل للهوية.

3.3 اضطرابات الاغتراب

تعد ظاهرة الاغتراب استجابة إنسانية أولية على الصدمات أو على مواقف التوتر المرهقة وهي جزء من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD ومن الاضطرابات التفككية على حد سواء (كالفجوة الذاكروية والهروب...الخ). وفي مراجع البحث الراهنة تم تزايد برهان الظاهرة في إطار أبحاث التوتر (الإرهاق أو الضغط Stress)، في أعراض الاحتراق على سبيل المثال (مثال: Lederer, Kinzl, Trefalt, Traweger & Benzer, 2006).

وفي حين يميز اغتراب الأنا خبرة الشعور بغربة الذات عن تصرفات الشخص نفسه وعن ذاته هو، يحصل العكس في ظواهر اغتراب الواقع تغير في إدراك المحيط. وكلتا الظاهرتين تكونان في 50٪من الحالات مشتركتان (Eckhardt, Henn& Hoffmann, 2004). وفي الممارسة الإكلينيكية يتم الحدث عن ظواهرية اغتراب الشخصية (Fiedler, 2001).كما تسمى مذلك اغتراب الذات أو اغتراب الأنا أو الانفصال detachment[2]،

(1) السعار

(2) المسافة (أخذ مسافة)

الذي يصف الشعور بالانفصال عن الخبرة الذاتية. ويميز كل من جاكوبسوبوفاسو (Jacobs & Bovasso, 1992) أشكالاً فرعية أخرى من هذا الاضطراب.

وفي التشخيص لابد من منح الحقيقة المتمثلة في أن مثل هذه الأعراض المذكورة أعلاه قد تشكل جزءاً من خبرات الحياة اليومية، أهمية خاصة (Steinberg, 1991). ولا يتم منح هذه المظاهر أهمية إكلينيكية إلا عندما تلحق ظواهر الاغتراب الأذى في مجالات حياتية مهمة وتسبب المعاناة الذاتية. وفي حين أن الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يصنف الصورة المرضية ضمن الاضطرابات العصابية فإن الدي.أس.أم.DSM-IV يصنفها تحت الاضطرابات التفككية (قارن جدول 2). وبغض النظر عن التصنيف فإن كلتا المنظومتين متفقتان إلى حد كبير. ففي القدرة السليمة على اختبار الواقع يتكرر ظهور خبرات الانفصال عن العمليات الذهنية أو عن الجسد الخاص أو الإحساس وكأن الشخص مراقب خارجي لعملياته العقلية الخاصة أو لجسده (كالشعور على سبيل المثال وكأن الإنسان في حلم). ويصف التقرير التالي لامرأة جزءاً من الاضطراب:

"أنظر للمرآة ولا أرى سوى رأسي ورقبتي. أما صدري ويداي وبقية جسدي فهما غير موجودان". وإلى جانب انقسام الأنا إلى جزء معاش وجزء يراقب يحصل عزل للوجدان الذي يعتقد أنه المسؤول عن خبرات اغتراب الأنا (Lower,1972,1973) والذي تم برهانه في الوقت الراهن من خلال الأساليب التصويرية (Medford, Brierley, Brammer, Bullmore, David & Phillips, 2006).

أما من الناحية التشخيصية التفريقية فلا بد من الإشارة إلى محك الاختبار الباقي سليماً للواقع، الذي يميزه بوضوح عن خبرة الهروب وتبديل الهوية. كما أنه من المهم بأن خبرة الانفصال قد تكون جزءاً من الاضطرابات النفسية المرضية والعضوية (كاضطرابات القلق على سبيل المثال) ومن ثم لا تحظى بتشخيص خاص (Sass et al. 2003). ومن المناسب إجراء تشخيص متعدد فيما يتعلق بالاضطرابات الشخصية والاضطرابات الوجدانية (Brauer, Harrow & Tucker, 1970; Paulig, Boettger, Sommer & Prosiegel, 2998).

3.4 الاضطراب التفككي للهوية

في حين ما زال الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يستخدم تسمية اضطرابات الشخصية المتعددة (F44.81) نجد في الدي.أس.أم.DSM-IV تسمية اضطراب تفكك الهوية Dissociative Identity Disorder (اختصار DID)، الذي هو أوسع انتشاراً. فبعد إعادة تسمية اضطراب تعدد الشخصية إلى اضطراب تفكك الهوية في الدي.أس.أم. الثالث DMS-III (Koehler & Sass, 1984) ثبت أن انتقال المفهوم من المحور الثاني للأول مفيد.

وعلى اعتبار اضطراب تفكك الهوية هو الشكل الأكثر تعقيداً من بين الأعراض التفككية، يمكن أن تظهر كل أعراض الاضطرابات التفككية الأخرى في اضطراب تفكك الهوية (قارن جدول 1). ويلخص جدول (3) الصورة المرضية الإكلينيكية وفق غاست وآخرين (Cast et al., 2001). ويرى الدي.أس.أم.DSM-IV-TR أن السمة الأساسية هي وجود هويتين أو حالتين من الشخصية أو أكثر مختلفتين. ويشير غاست وآخرين (Gast et al., 2001) وفيدلر(2002) Fiedler بشكل خاص إلى المظهر الفوقي (الأعلى) للنظرة الحديثة لمفهوم الاضطراب الذي يؤكد هشاشة الخبرة الكلية للذات. وفي الهوية الأخرى يتعلق الأمر في الغالب بمظاهر مترابطة للشخصية ككل تختلف عن بعضها باللغة والسن والجنس والقدرات الخاصة..الخ(Cast et al., 2001, 2004). وفي الدراسات الفيزيولوجية والدراسات القائمة على أساس التصوير أمكن إلى حد ما التمييز بين الحالات المختلفة للشخصية والعلاقات correlate البيولوجية العصبية والفيزيولوجية الدماغية (Sar, Unal, Kiziltan, Kundakci & Ozturk, 2001; Reinders, Nijenhuis, Quak, Korf, Haaksama, Paans, Willemsen& den Boer, 2006).

الجدول (3): الصورة الإكلينيكية لاضطراب تفكك الهوية

صورة اضطراب تفكك الهوية (عن Gleases, 1996, and Kluft, 1996; مقتبس عن Gast et al., 2001).
• فجوات ذاكرة • خبرات اغتراب (اغتراب الأنا، اغتراب الواقع) • سماع أصوات في الرأس • ظهور لتغيير الهوية من نحو على سبيل المثال: - إيجاد أشياء لم يعد الإنسان قادراً على تذكر من أين حصل عليها، - حوارات لفظية أو كتابية داخلية مستمرة. - نكوص عفوي في السن - استخدام الشخص الثالث (هو، هي، أو نحن) لإشارة الإنسان إلى نفسه.

وتكمن إحدى السمات المميزة للصورة المرضية في إشكالية تغير المشاعر، المرتبطة في الغالب في التحول إلى الشخصية الأخرى (التحويلة switch). فهويات حالات الشخصية ترتبط بتصويرات وجدانية - استعرافية معينة وتتحدد من خلال حالة المشاعر المسيطرة في الوقت الراهن أو تستثار من خلال المنبهات المرتبطة. كما ترى محكات تشخيص الدي.أس.أم.DSM-IV-TR أن هذه الهويات تتولى بشكل متكرر السيطرة على سلوك المعني (Sass, et al., 2003). وغالباً ما يرتبط هذا بفجوة في الذاكرة التي تستثير بشكل إضافي انكسارات في خبرة الزمن، بحيث لا يتذكر المرضى إلى حد ما متى وصلت أجزاء معينة من الملابس إلى خزانتهم أو متى قاموا بتصرفات يومية معينة. إلا أنه في الهويات المختلفة يتم استخدام السمات الأساسية للسلوك والعلاقات الاجتماعية (Cardeňa et al., 1996). ويتنوع عدد كبير من أجزاء الشخصية المرتبطة

(وصولاً حتى 100، Fidler, 2001). إلا أن بعضها قلما يظهر وله وظائف وانفعالات محددة. وغالباً ما توجد هوية أساسية تحمل اسم الشخص أيضاً. وغالباً ما يتم وصف هذه الشخصية على أنها سلبية محملة بمشاعر الذنب واكتئابية، في حين أن الهويات الأخرى ذات طبيعة معاكسة تماماً.

يصف كارل ماي في سيرته الذاتية (1910، ص 11 وما بعد) حالاته النفسية على النحو التالي:

"تشكل لدي وعي بأني لم أعد كلاً، وإنما شخصية منقسمة، [...]، وفي هذه الدراما كانت توجد شخصيات فاعلة مختلفة، لا تختلف عن بعضها في بعض الأحيان وفي أحيان أخرى تختلف بدرجة كبيرة [...]. فبداية كنت أنا نفسي، أي أنا، الذي أنا[1] راقب كل ذلك. ولكن من كان هذا الأنا بالفعل وأين اختبأ، هذا ما لا أستطيع قوله. كانت (أي الأنا تلك) على شبه كبير مع أبي وارتكبت جميع أخطاءه. ومخلوق ثان في ذاتي وقف بعيداً. كان يشبه حورية، ملاكاً، أحد تلك الهيئات الصافية الممتعة من حكايات جدتي؛ حذر ونبه وابتسم عندما أطعت، وحزن عندما لم أطع. والهيئة الثالثة، التي لم تكن هيئة جسدية بالطبع وإنما روحية كانت مكروهة لي مباشرة. خطيرة وبشعة وساخرة، ومنفرة، ومتجهمة دائماً ومهددة؛ لم أرها غير ذلك أبداً [...]. ازدحمت الهيئات في ذاتي التي أرادت المساندة والتعاون والعمل والتلاحم والتعويض. وكل واحد من هذه الأشكال تحدث؛ فكان علي أن أسمعه. كان الأمر يجنن! ففي حين لم يكن في السابق عدا عني أنا نفسي، إلا هيئتين فقط، الفاتحة والغامقة، فقد أصبح عندي الآن مجموعتان غيري.

وفي الماضي غالباً ما تم انتقاد المحكات التشخيصية القائمة (يوجد عرض مختصر لدى Gast,2004; Dell,2001a,b). وقد استند النقد على نقص مراعاة النتائج العلمية الراهنة فيما يتعلق بالظواهر الجوهرية اضطرابات تفكك الهوية كاغتراب الأنا واغتراب الواقع وسماع

---

[1] هكذا وردت في الصياغة.

الأصوات...الخ (على سبيل المثال (Boon & Draijer,1993 والتثبيت الأحادي الجانب على الحالات المختلفة للشخصية (Dell,2001b). وقد اقترح ديل مفهوم الاضطراب التفككي الأساسي Major Dissociative Disorder، يتيح في الوقت نفسه ترتيب الأنماط غير المحددة بدقة للاضطرابات التفككية (أنظر جدول 4)

الجدول (4): اضطرابات تفككيه أساسية Major Dissociative Disorder اقترحها ديل (Dell,2001b) مختصرة عن غاست (Gast,2004).

نمط مستمر من نقص قدرة الوعي على الاندماج في مجالات الذاكرة والإدراك والهوية تنطبق بالنسبة لـ: أ – حالات الذات المنقسمة نسبياً للاضطرابات غير المحددة بدقة ب– وحالات تفكك الهوية المنقسمة بالكامل
A. نمط الشغل التفككي (مشكلات في الذاكرة/ فجوات ذاكرة في السيرة الذاتية، اغتراب شخصية، اغتراب واقع، إرجاع Flashback/ نكوص عمري، أعراض ذات شكل جسدي/ عصبية كاذبة pseudoneurologic، حالات غشوة). B. ظهور manifestation معاش ذاتياً لحالات الأنا المنقسمة بشكل جزئي (سماع أصوات أطفال في الرأس، حوارات وأصوات داخلية، كلام وأفكار ومشاعر وبتصرفات متفككة إلى حد مهارات/ قدرات يعيشها الشخص على أنها ليست منه إلى حد ما، خبرة تبدل الأنا وشك بالهوية الذاتية، حالات منقسمة للذات قابلة للتذكر في الاتصال العلاجي). C. ظهور manifestation ذاتي وموضوعي لحالات انقسام كامل للأنا (انقطاع في خبرة الوقت، كأطوار من الهروب؛ سلوك غير قابل للتذكر أو تصرفات ملحوظة غير قابلة للتذكر يلاحظها الآخرون؛ إيجاد أشياء لا يستطيع المرء تذكر من أين حصل عليها؛ إيجاد كتابات أو ملاحظات لا يستطيع المر تذكر متى أنجزها؛ دلائل أحداث قصيرة لا توجد ذكريات حولها ؛ إلحاق الأذى بالذات ومحاولات انتحار من دون تذكر ذلك).

في التشخيص التفريقي لابد من منح صور الاضطرابات الفصامية والاضطرابات الوجدانية الذهانية الانفعالية انتباهاً خاصاً. فأكثر من ثلث مرضى اضطراب تفكك الهوية تم منحهم في علاج امتد لسنوات طويلة تشخيص فصام أو تشخيص اضطراب فصامي وجداني (Fiedler, 2001; Gast,2004) وهنا تلعب بشكل خاص الأهلاس السمعية أو البصرية دوراً، إذ أن حوالي 80٪ من مرضى اضطراب تفكك الشخصية يذكرون أنهم يسمعون أصوات معلقة أو آمرة (أعراض من الدرجة الأولى وفق كورت شنايدر، 1946). والنقطة الأساسية في التشخيص التفريقي تكمن في أن مرضى تفكك الهوية غالباً ما يصفون فيما يتعلق بالأعراض خبرة داخلية من النحن وأن الشخص الذي يجري المقابلة قد يستطيع الاتصال بالهوية المطابقة. وعلى عكس الصورة المرضية للفصام يظل الإطار الواقعي لدى مريض تفكك الهوية سليماً، فلا يبدون أي سمات أوتزمية (ذاتوية) وتظل التداعيات مقبولة سواء بالنسبة للمحيط أم بالنسبة للوجدان.

وفي حال اضطرابات تفكك الهوية غالباً ما تدفع أعراض نفسية خاصة يشعرها المرضى على أنها مرهقه لطلب المعالجة. لهذا فإن إحدى المشكلات الرئيسية للمشخص تتمثل في التفريق بين الأعراض المتعلقة بالاضطراب والأعراض المرافقة. ويمكن اعتبار الأعراض التالية على أنها دلالة غير نوعية للاضطرابات المختلطة في الغالب لاضطرابات تفكك الهوية: انفجارات نزوعية، سوء استخدام المواد، أعراض قلق، تأرجحات شديدة في مستوى الوظائف الوجدانية والعامة(Gast et al., 2001). وفي دراسات مختلفة (Bliss, 1980; Horevitz& Braun, 1984; Putnam et al., 1986; Coons et al., 1988; Bonn & Draijer, 1993; Ross, 1997; Sar et al., 2000) تم في الوقت نفسه استنتاج وجود أعراض القلق، وتغلب هنا بشكل خاص اضطرابات التوتر الحادة، ولكن بشكل خاص أيضاً اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD (حوالي 70–85٪، وأقل اضطرابات رهابية 6٪ أو نوبات هلع 55٪).

ويمكن تفسير هذا من خلال عدم ندرة تعرض المعنيين لسوء استغلال جنسي أو

جسدي. ويعاني المرضى من اضطرابات وجدانية بشكل ملفت للنظر (اكتئاب واضح لدى حوالي 90٪؛ على سبيل المثال Herman, 1992; Wilson & Raphael, 1993; Sar et al.,2000; Wilson & Raphael, 1993; Sar et al., 2000). فإذا ما تتبعنا التطور التاريخي فليس من المثير للعجب أن تظهر أعراض جسدية الشكل لدى حوالي 60٪ من الحالات (Nijenhuis et al., 2003). كما أننا نجد إرهاقات ناجمة عن اضطرابات النوم (حوالي 7٪) واضطرابات جنسية وظيفية (60–80٪)، وسوء استخدام مواد أو كحول (40–45٪) واضطرابات أكل (15–40٪). وتحتل اضطرابات الشخصية أهمية خاصة وبشكل خاص اضطرابات الشخصية الحدودية (قارن Ross et al., 1992; Dunn et al., 1993; McCallum, 1992; Ellason, Ross & Fuchs, 1996; Dell, 1998; Fiefdler,2002; Gast,2004).

3.5 اضطرابات التحويل

التحويل مفهوم مخصص للأعراض الجسدية التي تشبه الأعطاب العصبية من دون أسباب عضوية قابلة للبرهان الطبي. ومن بينها الأعراض النموذجية لاضطرابات كبح الحركة ووالإدراك والإحساس. وفي الدي.أس.أم.DSM-IV فقد حدد المحك الأساسي للتشخيص وجود "الصراعات أو الضغوطات الأخرى". وفي حالة الاستنتاج التشخيصي يشير كذلك مؤلفو الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 إلى أنه لابد من الاستقصاء عن وجود عوامل صادمة أو مرهقة للتأكد. ومن حيث الجوهر تفيد هذه النصيحة للتأكيد الإضافي لفرضية الاضطراب التفككي النفسي المنشأ (Fiedler, 2002).

وفي الدي.أس.أم.DSM-IV يتم تصنيف الأشكال الفرعية التالية: الأعراض الحركية والحسية أو الإغماء أو التشنجات والصور المختلطة (Sass et al., 2003) وعند توضيح الأعراض لا تحتل الآليات التشريحية أو الفيزيولوجية مركز الصدارة وإنما التصور الذي يتصوره المعني حول المرض (Sass et al., 2003). ويشبه تصور الدي.أس.أم.DSM-IV-TR لاضطرابات التحويل أربعة اضطرابات من تصنيف الآي.سي.دي. العاشر ICD-10: الخدار أو السبات التفككي dissociative stupor (F44.2)

واضطرابات الحركة التفككية (F44.4)، والتشنجات التفككية (F44.5) واضطرابات الحساسية والإحساس التفككية(F44.6) dissociative Sensibility- and Feeling disorder.

وعلى الرغم من أنه قد تم تصميم الصورة المرضية لاضطرابات التحويل في كلتا منظومتي التشخيص بشكل متشابه مفاهيمياً إلا أنه تم ترتيبها بشكل مختلف: ففي الدي.أس.أم.DSM-IV تم تصنيفها تحت الاضطرابات ذات الشكل الجسدي في حين نجد التسمية في الآي.سي.دي. قد استخدمت العنوان الرئيسي "متلازمة الاضطرابات التفككية" (قارن جدول 2). وقد تم النظر لهذا بصورة نقدية خاصة وأنه يطرح مشكلات تشخيصية تفريقية كبيرة (Hoffmann, 1998, 2004)، وبالإضافة إلى ذلك يحيل إلى مفاهيم نشوئية مختلفة. فالناقدون للفصل في منظومة الدي.أس.أم.DSM-IV يستندون بحق إلى أن أعراض الاضطرابات جسدية الشكل يمكن اعتبارها أيضاً على أنها تجليات للعمليات التفككية(على سبيل المثال Darves-Bornoz,1997; Nijenguis, 2004 a,b). كما أنه تم مراراً لدى مرضى باضطرابات ذات شكل جسدي برهان وجود فجوات في الذاكرة وأعراض نفسية تفككيه (على سبيل المثال Othmaer& De Souza, 1985; Nijenhuis et al,2003; Isaac & Chand,2006). وفي الحقيقة فإن الأمر هو أن الذكريات الصادمة إلى جانب النفسية تتضمن مساحة عريضة من الاستجابات الحسية الحركية (Nijenhuis et al.,2001; Van der Hart et al.,2000; van der Kolk& Fisler,1995). ويرجع الفضل لمجموعة عمل نيجينهيوس بأنه إلى جانب الشكل النفسي الذي أبرزته منظومة تصنيف الدي.أس.أم.DSM-IV حظي التفكك ذو الشكل الجسدي باهتمام كبير. وهم يقترحون ضمن مفهوم موحد للتفكك الفصل بين العمليات النفسية والجسمية. وقياساً للتفكك النفسي فإن التفكك من الشكل الجسدي يشكل نقصاً في دمج الخبرات والاستجابات والوظائف ذات الشكل الجسدي (Nijenhuis, 2004a,b). وفي هذا السياق لابد أن يحصل في البحث المستقبلي تنظيفاً مفاهيمياً لمفاهيم التحويل باعتبارها ظواهر عصبية كاذبة والتفكك ذو الشكل الجسدي.

وتتضح صعوبة الترتيب (التصنيف) أيضاً من خلال المثال التالي من الممارسة الإكلينيكية: تعاني مريضة شابة من بين ما تعانيه من إفرازات تعرق صفراء ذات رائحة في قدميها مثيرة للقرف. لهذا تقوم بتبديل ربطات القدم والجوارب عدة مرات في اليوم. إنها نفسها حائرة وكذلك الأطباء. كما أنها تعاني من خوف مرعب من الحرارة المرتفعة. وفي مرحلة لاحقة من العلاج نشأ ارتباط بين تعرق الخوف والحمام الساخن جداً للأعضاء الجنسية الذي كان يقوم به والدها كطقس عقابي. وقد قاد تمثل الصدمة إلى اختفاء إفرازات التعرق الكريهة الرائحة.

4- تصورات النشوء والتشخيص القائم على التعديل

قلما يوجد مجال سيكوباثولوجي فيه تناقضات قوية مثل النقاش العلمي حول تصور منشأ الاضطرابات التفككية. وسوف تتطرق الفقرة التالية بداية إلى وجهات نظر المراجع البحثية المتعلقة بهذا، قبل عرض مبادئ الإجراءات التشخيصية القائمة على التعديل.

فقد تم برهان العلاقة بين الأحداث الحياتية الصادمة أو المرهقة (الضاغطة) والاضطرابات التفككية مراراً (مثال ذلك Putnam, 1991; Nijenhuis et al., 1992; Boon &Draijer, 1993; Lussier et al., 1997; Lauscher&Schultze, 1998; Nijenhuis et al., 1998,2003,2004) وهنا أمكن في 90٪ من الحالات تقريباً استنتاج وجود انصدامات من نحو الإساءات الجسدية أو الجنسية أو الانفعالية وتم تصديق هذا في توثيقات المؤسسات الصحية (Bliss, 1984; Coons & Milstein, 1986; Hornstein& Putnam,1992,1996; Kluft, 1996; Nijenhuis et al., 1998,2003). ففي المواقف الصادمة (وبشكل خاص في الطفولة) تمتلك الظواهر التفككية وظيفة الهروب النفسي (الذهني) من خوف وألم متطرفين (Nijenhuis et la., 1998/1998a)، لأنه قد تم كبح آليات الحماية الأخرى (كالهجوم أو الهرب). وفي التصورات النشوئية المطابقة يتم النظر للآلية

النفسية التفكك على أنها إستراتيجية بقاء خلاقة للفرد، من أجل تحرير نفسه من الخبرات التي لا تحتمل (على سبيل المثال (Huber, 1996; Ross,1997; Gast et al.,2001. فتنقسم شظايا عالم الخبرة المعاش على أنه موحد في العادة، والتي تبدو غريبة أو تبدو كهوية غريبة. وترى نظرية التفكك البنيوي Theory of structural Dissociation (Myers, 1940; (Nijenhuis, et asl., 2004) (أنظر الفقرة 3)، في الخطوة الأولى حصول انقسام لحالات الشخصية في الجزء الانفعالي، المثبت على الصدمة وفي الجزء الذي يبدو يستمر بالعمل بشكل طبيعي للشخص. وقد كان جانيه قد أشار في الماضي للإشكالية الأساسية بأنها تفكك disintegration الوعي (Ellenberger, 1996). فمن خلال عمليات الانقسام قد لا يعود من الممكن تمثل الخبرة ودمجها في الذاكرة.

ومن ناحية أخرى ليس من الممكن دائماً برهان وجود سياق صادم. لهذا تتم مناقشة مثيرات أخرى منها على سبيل المثال استهلاك العقاقير والكحول أو النقص الشديد في النوم (Lukas, 2003) أو كما يرى نقاد تصور المنشأ ما بعد الصدمي للتفكك – سلوك أدوار منتج وموحى من المعالجين ووسائل الإعلام (ما يسمى بالنموذج الاجتماعي المعرفي؛ (Spanos, 1994; Pool et al., 1995). فالأهمية الاجتماعية وقوة القصم[1] الأخلاقية – المعنوية ethic-morale brisance قد قادت إلى الاستقطاب في النقاش العلمي (Gast et al., 2001)، وقع من خلالها بشكل خاص التصور الطبي النفسي للاضطراب التفككي في بؤرة النقد. وقد تم تفسير نشوء أنا أخرى هنا بالتأثير النفسي الاجتماعي للممارسات الدينية والروحانية وشبه التنويمية التي تصبح مؤثرة بالمثل في العملية العلاجية. فقد قاد بحث الحوادث (العمليات) الضمنية والكامنة للتعلم والتذكر إلى الخشية أنه من السهولة بمكان خلق ذكريات خاطئة (خبرات الاستغلال على سبيل المثال) ذات منشأ طبي (وبشكل خاص من خلال تقنيات المقابلة

---

(1) القوة التدميرية.

والعلاج التي تعزى إلى التنويم) (على سبيل المثال Spanos et al., 1991Lindasy & Read, 1994; Pool et al., 1995 Lofrus & Pickrell, 1995; Brenneis, 1996; Yapko, 1997; Kleinknecht & Hyman, 1998).

ويهتم مظهر آخر بمسألة فيما إذا كان بالإمكان فعلاً نسيان الأحداث الصادمة ثم يعاد تذكرها بدقة بعد سنوات. وقد أمكن برهان هذا (Fredrickson, 1992; Terr, 1994, 1995; Whitfield, 1995; Herman, 2003). ويستند السؤال عن إمكانية التذكر الدقيق على الأسس العلم نفس استعرافية حول التعلم المتعلق بالحالة. وحسبها فإن التذكر ثانية يستثار من خلال ظهور مثير خاص أو ظروف خاصة (مُسَعِّرات استرجاع retrieval cues للحدث في ذلك الوقت (Feldman-Summers & Pope, 1994; Koutstaal & Schchter, 1997; Schacter, 1999; Nijenhuis, van der Hart & Steele, 2004).

وعلى هذه الخلفية ينصح في العملية التشخيصية والعلاجية تشبيك مصادر أخرى أيضاً من أجل الموثوقية (كالصور والوثائق ووصوفات الأقارب...الخ). كما يمكن لطرح الأسئلة حول وظيفية فرضيات المريض أن تكون موجهة للمعرفة (مفيدة).

كما تم طرح أفكار حول أهمية المكسب المرضي من خلال الحالات التفككية، مع العلم هنا أن صفات الشخصية الاستعراضية تفيدنا كتوضيح. إلا أن النتائج الإمبيريقية العامة تؤيد أن مرضى الحالات التفككية يحاولون الإخفاء نتيجة الخجل (على سبيل المثال Gast, Rodewald, Kersting& Emrich,2001; Gleaves, 1996; Kluft, 1991).

كما أن نسبة انتشار اضطرابات الشخصية الاستعراضية لدى مرضى اضطراب تفكك الهوية ليست أعلى بل يمكن مقارنتها بنسبة تبلغ مقدارها بين 9٪-22٪ من عينات طبية نفسية أخرى (Dell, 1998; Gunderson et al., 1996). بالإضافة إلى أنه قد تم برهان أنه إلى جانب الاضطرابات الحدودية غالباً ما نجد إشكاليات شخصية تجنبية غير واثقة أو تعلقية (Ellason et al., 1996; Dell,1998).

وكما هو الأمر في اضطرابات الصدمة الأخرى تتشابك في الاضطرابات التفككية أيضاً العملية التشخيصية والتدخلات العلاجية بشدة ويمكنها أن تستغرق الكثير من الوقت. وهنا تحدد قدرة ودافعية المتعالج على مواجهة المضامين المرهقة نوع وتسلسل الإجراء التشخيصي-العلاجي. وينبغي التشخيص القائم على التعديل بالدرجة الأولى توضيح فيما إذا سبقت الظواهر التفككية ضغوطات (إرهاقات) وبأي شكل أم أنها كانت مرافقة لها. بالإضافة إلى ذلك يطرح السؤال ما هي عمليات التعلم والعمليات الاستعرافية التي تحافظ على استمرار الحالات التفككية. وفي مقدمة مبادئ التفسير هناك بداية الفرضيات والنتائج التي تستثير وفقها مثيرات بمعنى المنبهات المشروطة تقليدياً أو إجرائياً التي تتسع في عملية التعميم. بالإضافة إلى ذلك أن يظهر إشراط تقويمي(evaluative conditioning(Baeyens et al., 1993، يحصل فيه من خلال التعلم الترابطي أن يحفز تقييم المثيرات الداخلية والخارجية (كخجل الضحية على سبيل المثال) تقييم المثيرات في موقف الصدمة (كالشتائم من قبل الجاني). فإذا استخدمنا نظرية التفكك البنيوي (Nijenhuis, van der Hart & Steele, 2004) إلى نمط انفعالي من الشخصية مثبت على الصدمة وإلى شخص الحياة اليومية الذي يبدو طبيعيا، فإنه يتضح عندئذ تناقض كلتا الحالتين من الشخصية. فشخص الحياة اليومية يخجل من الجزء الانفعالي وصولاً إلى حقيقة أن مثيرات محددة لا يمكن إدراكها على الإطلاق من قبل شخص الحياة اليومية وأن الحالات التفككية يمكن اعتبارها غير قابلة للتنبؤ والتحكم.

وبالاستناد إلى العمليات الاستعرافية يتم الافتراض بأن مثيرات معينة تطلق موقف انتباه، يهدف إلى التأثير ضد الإغراق الانفعالي (قارن Fiedler, 2001). إذ يحصل من خلال ذلك ارتفاع الحذر(القابلية المرتفعة للنقزة) - مترافق مع ارتفاع الاحتراس arousal من جهة ومن جهة أخرى يتم الحفاظ على جاهزية القدرة على الاستجابة بشكل تفككي. ولا يفسر هذا الاستحواذ absorption على طاقة الانتباه مشكلات التركيز لدى المرضى فحسب وإنما كذلك يمكن اعتباره سبباً لنقص اندماج العمليات ما قبل الاستعرافية والاستعرافية. ويؤيد عدد كبير من النتائج البيوفيزيولوجية هذه

العمليات، والتي لا يمكن عرضها بتفصيل هنا بسبب تنوعها الكبير. إنها تعنى بمنظومة اللوزة – التالاموس، التي تتولى مع محيط الكظر – الغدة النخامية وظيفة منشطة ومعززة لذاكرة الصدمة، ولكن من ناحية أخرى يتم كبحها من قبل منظومة الفص الجبهي – قرين آمون. وتذهب تصورات البحث العلم نفس استعرافية حول ذاكرة الصدمة أبعد من هذا من أنه تشترك في هذه المنظومات عمليات ذاكرة مختلفة. فمضامين الذاكرة الصريحة تنشأ بمرافقة الوعي والانتباه المركز. واستدعائها يخضع للتحكم الإرادي. في حين أن العمليات الضمنية – مع الارتباط المباشر بنوع الإحساس sense modality (الرؤية، الشم..الخ) – تجرب بشكل لاشعوري ولا يمكن ضبطها إرادياً. وتكمن خصوصية ذاكرة الصدمة في أن مضامين ذاكرة الصدمة الضمنية تكون مفرطة التمثيل، في حين أن المعلومات الصريحة (الواضحة) حول الصدمة تكون موجودة. بل أكثر من ذلك فكلتا المجموعتان من الذاكرة لا ترتبطان ببعضهما وإنما منشطرتان عن بعضهما (منقسمتان) (Elzinga & Bremner, 2002). ومن خلال غياب التكامل أو من خلال تفكك مستويات الخبرة والشكل المؤتمت من مواجهة التهديد تتحرك الحلقة المفرغة: يعاش تهديد الحالات التفككية ثانوياً. فمن مكونات الصورة المرضية ألا يكون لدى المعني تفسير لأعراضه. وغالباً ما يكون لديهم الانطباع بأنه لم يتم فهمهم أو أن الآخرون يعتبرونهم مجانين وبهذه الطريقة يثبتون مستوى الانتباه والتوتر المرتفع لديهم وتصويرات استعرافية محددة من قلة الحيلة، التي تقود بدورها إلى ارتفاع الانتباه على حد سواء.

ومن هنا فإنه في إطار التشخيص القائم على التعديل لابد بشكل خاص من السؤال عما يلي:

1- هل يتوفر مع الاستقرار الراهن استعداد للمواجهة أيضاً؟ ما هو الأساس الدافعي الموجود كالخجل والمكسب المرضي...الخ ؟

2- ما هي المنبهات التي تمتلك طبيعة دلالة على الأمان النسبي للشخص (تحديد ما يسمى بالمكان الآمن)؟ هل توجد علاقة موثوقة تَفَهُّمِيَّة؟

3- من أي نوع التفكك؟ كيف يظهر في إطار الملاحظة والخبرة؟ كم شدته؟

4- كيف تعاش الحالة التفككية (على سبيل المثال كتخفيف متزاوج مع مخاوف ثانوية)؟ هل تم إنتاج هذه الحالة مرة بشكل مقصود أيضاً وهل تم هنا اكتساب مفاهيم المواجهة والقابلية للتحكم؟ وحتى في اضطرابات تفكك الهوية الأساسي يقترح طرح أسئلة من هذا النوع في إطار تحليل السلوك (Phelps,2000).

5- ما هي المثيرات المدركة أو المتذكرة؟ أيوجد مثيرات مرتبطة بالحالة (مثيرات خاصة، غير موجودة في الوقت الراهن)؟ ما الذي يوحد القادحات المختلفة بالمعنى الدلالي؟ في أي مواقف حياتية يومية تطفو الحالات بشكل أكثر؟

6- في أي شكل من أشكال الذاكرة (دلاليةsemantic أم عَارضي episodic أم تصرفي) تكون الذكريات في أفضل تمثيل لها؟ هل يمكن استنباط دلالات من الهوامات والأحلام أيضاً؟

7- ما هي الظروف التي تكون فيها عمليات الانتباه مضطربة بشكل خاص؟ هل توجد دلالات على اتجاهات انتباه انتقائية ماصة[1].

8- ما هي التصويرات الاستعرافية cognitive Schemata المشاركة؟ ما هي القدرات الاستعرافية العليا التي يمتلكها المريض للتمييز بين الواقع والحالة الخاصة، ولإدراكهما وربطها مع بعضهما؟

9- ما هي نماذج التفسير والمكونات المعرفية التي يمتلكها المريض فيما يتعلق باضطرابه؟

5- الأدوات التشخيصية

يرتبط تشخيص الأعراض التفككية في كثير من الحالات بصعوبات خاصة. ويكمن سبب ذلك في طبيعة الاضطراب نفسه من جهة، ومن جهة أخرى يمكن عزوه

---

(1) مُستَغرِقة أو غامسة absorbed.

إلى الشخص نفسه وإلى معطيات محيطه الاجتماعي أو العلاجي أيضاً. إذ أن التفكك ما هو بداية إلا آلية نفسية بعيدة عن الوعي. ومن الممكن أن تتصدر في بداية العلاج أضرار أخرى (كالأعراض الجسدية أو أفكار الانتحار أو أذى الذات على سبيل المثال). كما أنه ينبغي عدم التقليل من أهمية قلق المعنيين من اعتبارهم مجانين أو من إصابتهم باضطراب طبي نفسي شديد (كالفصام على سبيل المثال). وعليه فإن إخفاء الأعراض نتيجة الخجل أو تغطية الأعراض والادعاء بغيرها عادة ما يكون القاعدة أكثر مما هو الاستثناء (Kluft, 1991).

ولهذا السبب ينصح بالتأكد من وجود الاضطرابات التفككية بشكل منهجي من خلال أدوات قياس معيرة. فهي ليست مستقلة عن الانطباع الذاتي للملاحظ فحسب، وإنما تعطيه من خلال محكات الصلاحية (الجودة) المستخلصة مقداراً ملموساً للحكم على نتائجه.

فإلى جانب أدوات المسح Screening-Instruments والتي هي أدوات تقييم ذاتي توجد مقابلات تشخيصية تفريقية والتي تم إدخالها منذ بضع سنين أيضاً إلى ألمانيا وتجريبها. وأخيراً تحتل الأدوات غير النوعية كقائمة الأعراض-(SCL-90-R)Symptom Checklist-90-Revised[1] أهمية خاصة فيما يتعلق بالعمليات التفككية من الشكل الجسدي (Ellason& Ross, 2004; Steinberg, Barry, Sholomskas& Hall,2005).

5.1 أدوات الفرز

يحصل الإنسان عموماً عند استخدامه أدوات الفرز التالية على مقدار (متوسط) الخبرة التفككية اليومية للشخص المفحوص. فإذا كانت هذه القيمة فوق حد معين يشير للاضطراب (نقطة القطع أو المتوسط Cut-off or Medium) فلا بد عندئذ من استخدام المقابلات الإكلينيكية للتشخيص النوعي للاضطراب (على سبيل المثال

(1) أنظر القائمة السورية للأعراض Syrian- Symptom-checklist.

SCID-D) والتي سنعرضها في الفقرة التالية. أما هنا فسوف نتعرض في هذا المقام إلى انتقاء للأدوات الحديثة إلى حد ما والمقومة في المحيط الألماني. أما بالنسبة للأدوات الأمريكية غير المقومة في ألمانيا بعد فنحيل القارئ إلى شبتسر(2004).

استبيان للأعراض التفككية

يستند استبيان الأعراض التفككية لفريبيرغر وشبتسر وشتيغلتز (Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999) إلى الدي.أس.أم.DSM-III-R والدي.أس.أم.DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10. والاستبيان عبارة عن ترجمة مصرح بها وتطوير لمقياس الخبرات التفككية Dissociation Experiences Scale (اختصار DES) لبيرنستاينوبوتنام (Bernstein & Putnam, 1986) والذي يعد من أكثر أدوات الفرز المستخدمة عالمياً للتحديد التلازمي للظواهر التفككية. وفي الصيغة الألمانية تم إضافة الأعراض جسدية الشكل أو الجسدية، وبشكل خاص من أجل تغطية ظواهر التحويل العصبية الكاذبة لتصنيف الآي.سي.دي.. وهنا يمكن استخلاص المقاييس الفرعية: الفجوة الذاكرية، اغتراب الأنا/ اغتراب الواقع (الشعور بخارج الجسد الخاص) والاستغراق absorption أو الانكماش أو الانغماس التخيلي imaginative involution (فجوات ذاكرة في أثناء السفر بالسيارة أو الباص) وانقسام الهوية/ وتشتت-الهوية (الشعور بأن الشخص عبارة عن شخصين مختلفين). ويتوفر مقياس الأعراض التفككية بصيغة طويلة (44 بند) وفي صيغة مختصرة (20 بند). ويقوم المسؤولين بعمل تقدير مئوي على مقياس تقدير (0٪= أبداً، 100٪ دائماً) حول مدى تكرار ظهور الأمثلة في الحياة اليومية. ومن الدرجات الكلية يتم حساب المتوسط. وفي دراسات التقويم الحديثة (Rodewald, Gast&Emerich, 2006; n=150; DID=44; DDNOS=22؛ اضطرابات صدمة=20؛ اضطرابات تفككيه أخرى =34؛ اضطرابات تحويل=30) تم الحصول على نقطة قطع Cut-off-Value تبلغ 13 سواء بالنسبة للصيغة المختصرة أم للطويلة، يفترض أنها تعطينا تشخيصاً تفريقياً للأعراض التفككية. وحسب معدو هذه الدراسة أمكن عند هذه

القيمة تحديد 90٪ من المرضى المتفككين جداً من العينة بشكل صحيح (الحساسية)، في حين أن خصوصية المقاييس بلغت بين 0.89–0.90.

وقد تم برهان موثوقية المقياس إلا أنه لا تتوفر حتى الآن معايير له. وعلى الرغم من أن الاتساق الداخلي للمقياس ككل مرتفع (ألفا كرونباخ Cranach's Alpha $\alpha = 0.93$)، إلا أنه كان مقبولاً حتى الجيد بالنسبة للمقاييس الفرعية (ألفا كرونباخ $\alpha = 0.77 - 0.81$ Cranach's Alpha)، ويشير المؤلفون (Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999) إلى وجود قيد يتعلق في أن متوسطات اختبار دراستهم السيكومترية (الصلاحية) على عينات إكلينيكية (اضطرابات نفسية وعصبية) قد كانت أقل مقارنة بالدراسات العالمية.

مقياس التفكك

يهدف مقياس التفكك Dissociative Scale المطور حديثاً من قبل دورنبوش وبيشوف وشتراوبه (Dornbusch, Bischoff & Straube, 2004) من ناحية إلى أخذ الأعراض الأساسية المحددة مفاهيمياً في الدي.أس.أم.DSM-IV للاضطرابات التفككية (فجوة الذاكرة، الهروب، اغتراب الشخصية/اغتراب الواقع، تشتت الهوية أو انقسامها) بصورة صارمة جداً، ومن ناحية أخرى تحقيق تفريق أقوى عن الاضطرابات النفسية الأخرى. وقد وضع الباحثون من أجل هذا الغرض بنوداً تستند إلى البناء من مقاييس مختلفة (على سبيل المثال مقياس خبرة التفكك لبيرنشتاين وبوتنام، 1986ومقياس الأعراض التفككية لفريبيرغر وشبتسر وشتيغلتس، 1999 وPAS لساندرز، 1986)، حيث تم استخدام عبارات تقوم على الأنا وتم استبعاد البنود المصاغة سلباً. وكانت النتيجة مقياساً يتكون من 37 بنداً يجاب عنها بتدرج خماسي. ومن أجل التقييم لا تتوفر حتى الآن إلا المتوسطات التي ذكرها المؤلفون. والأمر متروك لأنشطة بحث أخرى لتحسين تنظيم المقياس.

و الميزات القوية للمقياس لا تظهر على مستوى البنود فحسب، وإنما تظهر بالدرجة الأولى في القيم الإحصائية الممتازة التي تم الحصول عليها من خلال عينة كبيرة مهمة بلغ عددها 211 امرأة باضطرابات تفككيه واضطرابات أخرى أو من دون اضطرابات نفسية. وقد ظهرت هنا قيم ثبات ممتازة من الثبات الداخلي بلغت 0.98 بالنسبة للمقياس ككل. وتبلغ حدة الفصل المصححة بين 0.38 حتى 0.86. وقد تم التحقق من صدق الأداة من خلال المقابلة المبنية SCID (Gast, Oswald, Zuendorf & Hoffmann,2000)، الأداة الأفضل في الوقت الراهن لقياس مفهوم الاضطراب المشتق في الدي.أس.أم.، والتي سنعرض لها لاحقاً. وهنا أمكن الحصول على ارتباطات عالية تقع بين 0.80 حتى 0.92، وهي تشير إلى صدق تقاربي Convergent Validity. كما ظهر أيضاً أن مقياس التفكك قادر على التمييز بين المجموعات المختلفة للمرضى وبشكل خاص بين المجموعات باضطرابات مهمة (Dornbusch, Bischoff & Straube, 2004).

استخبار التفكك الجسدي

يشمل استخبار التفكك الجسدي Somatic Dissociation Questionnaire (اختصار SDQ-20/SDQ-5) لنيجينهيوس وسبنهوفن وفان ديك وفان دير هارت وفانديرليندن (Nijenhuis, Spihoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden,1996;Nijenhuis, van der Hart & Steele,2004) على 20 بنداً تم استخلاصها من ملاحظات إكلينيكية وتستند فقط إلى المجال الفرعي التفكك الجسدي. ويميز المؤلفون بين الأعراض التفككية الإيجابية (كالألم في الأعضاء الجنسية، والأوهام...الخ) وبين الأعراض التفككية السلبية (كفقدان الصوت، الأشكال المختلفة من الخدار وفقدان الحس anesthesia). بالإضافة إلى ذلك يتم الاستفسار عن الأمراض المثبتة طبياً. وتتم الإجابة عن البنود عبر مقياس خماسي. ومن SDQ-20 تم من خلال إجراء تقييم إحصائي للبنود التي كانت حدة الفصل فيها أعلى درجة تطوير استخبار التفكك الجسدي المختصر SDQ-5. وفي حين أن SDQ-20 يتضمن بشكل إضافي تعبيراً عن درجة شدة اضطراب

تفككي محتمل، فإن الصيغة المختصرة تستخدم كأداة فرز فقط. وفي كلتا الصيغتين يتم جمع درجات البنود المنفردة والحصول على قيمة كلية تتراوح بين (20و100)، حيث ينبغي أن يتم الاستقصاء بدقة أكبر عن وجود اضطراب تفككي عند نقطة قطع تبلغ 8 (Overkamp, 2002).

وقد حقق المقياس في عدد كبير من الدراسات العالمية قيم سيكومترية ممتازة. فقد بلغ الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ 0.96، وبلغت الارتباطات مع مقاييس أخرى الحد الأعلى (DIS-Q وSDQ-20 بين 0.71 و0.76) وهي تشير إلى قيم صدق تقاربي جديد. كما أظهر التمييز بين مرض التفكك ومجموعات ضابطة أخرى صدق محك جيد للأداة. وفيما يتعلق بصدق البناء فقد كانت أقوى المؤشرات الانصدامات الجسدية والجنسية. كما أن SDQ-5 أداة ذات نوعية باعثة على الرضا حيث بلغت خصوصيته 98٪ وحساسيته 94٪.

مقياس التوتر-التفكك الحاد

يقيس مقياس التوتر- التفكك الحاد Dissociation-Tension Scale acute (Stoglmayer et al.,2003) الأعراض التفككية الحادة ومن ثم ما يترافق معها من حالات توتر. ويعد هذا المقياس كأداة تقويم ذاتي فريداً من نوعه في المحيط الناطق بالألمانية. وقد قام اختيار البنود على مقياس DES لكارلسونوبوتنام (1993) وعلى استبيان الأعراض التفككية لفريبيرغر وشبتسر وشتيغلتز (1999) وعلى SDQ-20 لنيجينهيوس وسبنهوفن وفان ديك وفان دير هارت وفانديرليندن (1996) وعلى الملاحظات الإكلينيكية. وقد تمت صياغة 22 بند كمقولات ذاتية (تبدأ بأنا) قسمت إلى مركبات الظواهر التفككية النفسية (10 بنود) والظواهر التفككية الجسدية (9 بنود)، يضاف إلى ذلك بند حول خبرة التوتر واثنان خاصان بأعراض الاضطراب الحدودي. وفي الإطار التصنيفي تم تغطية المحكات النفسية لاغتراب الأنا واغتراب الواقع والفجوة الذاكرية والاستغراق Absorption وخبرة الأهلاس الكاذبة. أما البنود

جسدية الشكل فتستند إلى الجمود immobility والتغيرات السمعية والبصرية وتغيرات إنتاج الكلام. وتتم الإجابة عن كل بند بمقياس ليكرت مدرج من صفر إلى 9. ويمكن للفترة الزمنية التي يشملها الفحص في تعديل جديد أن يمتد ليشمل سبعة أيام (إخبار شخصي من المؤلف).

وللحصول على محكات جودة المقياس تم استخدام عينة مكونة من 195 مفحوصة أنثى. ويمكن اعتبار المؤشرات السيكومترية وجدية (ألفا كرونباخ 0.93)، وتم اختبار الصدق من خلال الارتباط مع قائمة الأعراض 90 المعدلة (SCL-90-R (Foa,1005، مع الإشارة إلى ظهور ارتباطات عالية بين الاضطرابات التفككية والتعكر المزاجي الاكتئابي والقلق الرهابي.

5.2 المقابلات الإكلينيكية

المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. DSM-IVSCID-D

المقابلة الإكلينيكية المبنية Structured Clinical Interview (Gast, Oswald, Zuendorf & Hofmann, 2000) عبارة عن مقابلة نصف مبنية تقوم على أساس المحكات التشخيصية لتصنيف الدي.أس.أم. الرابع فقط. وهي عبارة عن ترجمة ألمانية للمقابلة التشخيصية المبنية المعدلة للدي.أس.أم. الرابع Structural Clinical Interview for DSM-IV, Dissociative Disorders Revised (اختصار SCID-D)(Steinberg, 1994, 1996)، التي تعد أداة عالمية لتشخيص الاضطرابات التفككية (Rodewald& Gast,2000). وقد تم تصميم SCID-I وSCID-II وفق مبادئ شبيهة للمقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. الرابع (Wittchen et al., 1997)، وتقيس بشكل منهجي ظهور الأعراض التفككية الأساسية الخمسة وشدتها (الفجوة الذاكرية، اغتراب الأنا، اغتراب الواقع، تشتت الهوية أو تغيرات الهوية) وتتيح التشخيص التفريقي للمحور الأول من الاضطرابات: فقدان الذاكرة التفككي، الهروب التفككي، اغتراب الشخصية،

اغتراب الواقع، اضطراب تفكك الهوية، اضطراب غير محدد بدقة، اضطراب الغشوة، وكذلك اضطراب ما بعد الصدمة الحاد (أنظر الفصل 23). بالإضافة إلى ذلك برهنت المقابلة على فائدتها في عند تصميم برنامج معالجة خاص، وقائم على الأعراض.

ويحتاج استخدام المقابلة إلى تدريب خاص وخبرات إكلينيكية كافية. ويتراوح زمن إجراء المقابلة بين نصف ساعة إلى ساعتين ونصف حسب مقدار المعلومات المتعلقة بالاضطراب. وتشمل المقابلة 277 بنداً تتضمن المعلومات الشخصية والتاريخ السابق الإكلينيكي وبنوداً حول الأعراض التفككية، حيث يتم الاستفسار عن الأعراض الرئيسية في فصول منفصلة وتقدير شدتها (التكرار والمدة والتأذي) على مقياس رباعي من واحد: غير موجود، 2 بسيط، 3: متوسط، 4: شديد). وعن ذلك يتم استنتاج التشخيص حسب محكات الدي.أس.أم.، مع العلم أن الفصول المكملة تتيح إجراء تحديد وتصنيف أدق للأعراض (وبشكل خاص فيما يتعلق بتشتت الهوية أو تبدلها).

وهناك إمكانية للصدق إضافية تكمن في أن يطلب من المرضى ذكر خبراتهم الذاتية مع الأعراض. وعند الحاجة فإنه من الممكن كذلك توليد أسئلة إضافية من أجل التمكن من أجل التمكن من التطرق عند الحاجة للخصوصيات.

وإلى جانب التعابير اللفظية في أثناء المقابلة تصب في تقييم المقابلة التعابير غير اللفظية والملاحظات (على سبيل المثال حالات الغشوة أو التبدل الملفت للنظر في سلوك وخبرة المريض).

ويتم بناء درجة كلية للمقابلة (من 5 حتى 20 درجة أقصى حد) من مجموع درجات أعراض الخمسة وتستخدم في التقدير التشخيصي. كما ينصح بعد المقابلة بإجراء حوار لمناقشة التخطيط الفاعل للعلاج، تلعب فيها وجهات نظر تثقيفية نفسية دوراً.

وقد تم تقدير ثبات إعادة التطبيق من قبل المؤلفين في النسخة الأمريكية للمقابلة SCID-D بين الجيد حتى الجيد جداً (350 مريض مع اضطرابات تفككيه أو اضطرابات

أخرى). كما كان الصدق على العينة نفسها بين الجيد والجيد جداً. وما يساعد هنا بشكل خاص هو إعطاء بروفيلات الأعراض للاضطراب التفككي المعني سواء بالنسبة لمرضى من الطب النفسي (مرضى مضطربين تفككياً، مجموعات ضابطة من الطب النفسي العام) وكذلك مجموعات ضابطة غير إكلينيكية.

دليل المقابلة المبنية لتشخيص الاضطرابات التفككية

دليل المقابلة المبنية لتشخيص الاضطرابات التفككية (Overkamp & Froer تحت الإعداد) عبارة عن ترجمة ألمانية لدليل مقابلة الاضطرابات التفككية (Dissociative Disorders Interview schedule (اختصار DDIS) لروس وآخرين (Ross et al., 1989). وكما هو الحال في SCID-D فإن الأداة عبارة عن مقابلة مبينة، إلا أن DDIS تذهب إلى أبعد من تصنيفات الدي.أس.أم. وتقيس سمات خاصة وتشخيصات مختلطة، مميزة بشكل خاص لاضطرابات تفكك الهوية (DIS)، المتمثلة في تشخيصات الدي.أس.أم.-DSM-IV لاضطراب التجسيد والاكتئاب الأساسي واضطراب الشخصية الحدودية وسوء استخدام المواد. بالإضافة إلى ذلك يتم الاستفسار عن العلامات الإكلينيكية الثانوية المهمة لاضطرابات تفكك الهوية (مثال: "هل لاحظت مرة بأن خطك قد تغير بشكل كبير أو أنك وجدت بين أوراقك أوراقاً مكتوبة بخط لم تتعرف عليه")، والعنف الجنسي أو الجسدي أو كليهما ورفاق اللعب التخيليين في الطفولة، والخبرات فوق الحسية أو الغشوة أو المشي أثناء النوم أو الأعراض الإيجابية أو الفصام. وتتكون المقابلة من 131 سؤال، في صيغة إجابة "نعم" "لا" "غير أكيد" في العادة، كما تسأل بتفصيل عن تكرار الأعراض. ويشير أوفركامب (2002) إلى أن استخدام المقابلة الإكلينيكية في الممارسة الإكلينيكية اليومية صعب لأنها تحتاج إلى تدريب جيد ومدة التطبيق تبلغ عند وجود أعراض واضحة حوالي ساعة ونصف. بالمقابل يشير روس (1997) إلى أن مدة تطبيق DDIS هي أقل من نصف ساعة للمفحوص العادي وحوالي 45 دقيقة لمريض تفكك الهوية بأعراض واضحة.

وقد تم الحصول على ثبات بين المقيمين بلغ 0.68 (Ross, et al.,1989, Ross,1997). بالإضافة إلى ذلك أمكن مراراً الحصول على قيم نوعية تبلغ 100٪ وحساسية تتراوح بين 90-95٪ (Ross,1995,1997). وفي أطروحة دبلوم لفرور Froer (مخطوط غير منشور، 2000) تم برهان صدق النسخة الألمانية. والاتساق الداخلي للفقرات المنفردة كان بين الجيد والجيد جداً.

قائمة هايديلبيرغ للتفكك

تم تطوير قائمة هايديلبيرغ للتفكك Heidelberger Dissociation Inventory من قبل برونر وريش وبارزر وكوخ (Bruner, Resch, Parzer and Koch,1999) وتشمل النسخة الألمانية مقياس خبرات التفكك DES-II2، وهي تطوير لـ DES؛ لكارلسونوبوتنام (1993) ومقياس خبرات التفكك في المراهقة Adolescent Dissociative Experience Scale (اختصار A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero& Smith, 1007)، واستكملت بمقابلة تشخيصية مبنية تسترشد بالدليل التشخيصي-الإكلينكيللآي.سي.دي. العاشر والدي.أس.أم. الرابع. وفي حين تستخدم المقاييس كأدوات فرز فإن المقابلة الإكلينيكية المبنية تستخدم إلى جانب تقديرها للأعراض لأبعد من مجرد التشخيص (عابر للتشخيص) في التصنيف الفئوي.

يتوفر مقياس تحديد الميول التفككية في صيغة للراشدين تتألف من 28 بند، وللمراهقين من 30 بند. والأسئلة تتعلق بخبرات من الحياة اليومية يتم تقدير تكرار ظهور الأعراض على مقياس مكون من 11 مرتبة من صفر حتى 10. وتستخدم المقابلة الإكلينيكية المبنية في التشخيص البُعدي (على أبعاد) والتشخيص الفئوي للأعراض التفككية. ومن خلال 77 بند (من 72، معيارية) يتم قياس عشرة مجالات من الاضطرابات:

1- فقدان الذاكرة التفككي
2- الهروب التفككي
3- الخدار (الغيبوبة) التفككية stupor

4- حالات الغشوة والاستحواذ
5- اضطرابات الحركية التفككية
6- نوبات التشنج التفككية
7- اضطرابات الحساسية والإحساس التفككية
8- متلازمة غانسر[1]
9- اضطرابات الهوية التفككية
10- اضطرابات اغتراب الأنا واغتراب الواقع

ويتم تقييم كل عرض بناء على تكراره ومدته وتقويمه بناء على فيما إذا كان ظهوره يترافق مع مواقف ضاغطة أم لا. ويفترض للتقييم أن يتيح إلى جانب طرح التشخيص وفق الدي.أس.أم.DSM-IV-TR أو الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 أو كليهما تقدير شدة المرض أيضاً.

ويبلغ الاتساق الداخلي بالنسبة لـ SDE للراشدين 0.91 (422 طالب) أو 0.92 (عينة إكلينيكية من الراشدين)، وبالنسبة لـ SDE للمراهقين فقد بلغت 0.91 (634 مراهق) أو 0.94 (عينة إكلينيكية من المراهقين). كما تم بالنسبة لـ SDE للراشدين الحصول على درجة مقدارها 0.89 لثبات الإعادة (49 طالباً بعد أربعة أسابيع). وتم الحصول على الثبات بين المقيمين للمقابلة المبنية من خلال 16 مريض (معامل كابا بين 0.67 و0.93). وبسبب الاعتماد على الدي.أس.أم.DSM-IV-TR الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يمكن اشتقاق الصدق المضموني أيضاً. ومن أجل فحص الصدق التمييزي

(1) ظاهرة معروفة منذ أكثر من مئة سنة في الطب النفسي وتسمى "الخرف الكاذب" أو "الوهن الكاذب" أو حالت شبه الوعي-الهستيرية. ويتميز هذا الاضطراب بالإجابة خارج الموضوع (إجابة تقريبية) عن الأسئلة (مثال، «اثنان زائد اثنان يساوي خمسة») (أو لون الشمس="أخضر"، على سبيل المثال ، ويبدو هنا أن المريض قد فهم السؤال حيث يجيب ضمن الفئة الصحيحة (سؤال عن الجمع أم عن الألوان مثلاً فيجيب ضمن الفئة التي يتم طرح السؤال فيها) لكن المريض يجيب خطأ سواء بشكل مقصود أم غير مقصود (بوعي أم دون وعي). وتصيب بشكل خاص الرجال في سن الرشد المبكر حتى المتوسط.

لـSDE صيغة الراشدين والمراهقين تمت مقارنة درجات المجموعات التشخيصية المختلفة (103 من المرضى الراشدين من الطب النفسي العام و250 من المرضى المراهقين من طب نفس الأطفال والمراهقين). وقد تم برهان صدق المقابلة من خلال عينة إكلينيكية ثانية (49 من المرضى المراهقين و34 من المرضى الراشدين من الطب النفسي). وتوجد معايير (قيم تائية، نسبة ميئينية) بالنسبة للصيغتين (ن= 634).

مجموعة عمل التوثيق في الطب النفسي- وحدة للتفكك والتحويل

Module for Dissociation and Conversion

في لوائح وحدات مجموعة العمل للطرق والتوثيق في الطب النفسي Arbeutsgmeienschaft fuer Methodik und Documentation in der Psychiatrie التي يرمز لها اختصارا AMDP (Freyberger & Moeller, 2004) التي تغطي السمات السيكوباثولوجية التقليدية، تم إدخال مجال الاضطرابات التفككية والتحويل (Spitzer & Freyberger, 2004). وقائمة عبارة عن أدوات تقييم ذاتي تتألف من 30 بند،والتي تتيح إجراء ترتيب كمي ونوعي للاضطراب حسب مفاهيم الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم.DSM-IV. وبهذا فإن للوحدة Module أهمية عملية كبيرة في الممارسة الطبية النفسية اليومية بناء على اقتصاديتها للوقت. ويشير المؤلفون أن AMDP-DCإلى أن الأداة ملائمة كذلك لتشخيص الحالة والمجرى بسبب تنوع المجال الزمني الذي يتم تقييمه (Spitzer et al., 2004).

تشمل البنود 15 عرضاً تفككياً، تتعلق بالوعي والذاكرة وإدراك الذات والمحيط والهوية الشخصية. وهي تعكس تصور تصنيف الدي.أس.أم.DSM-IV-TR. وهناك تسعة بنود تستند حركات الجسد والحساسية والإحساس أو أعراض التحويل المصنفة في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 كظواهر تفككيه. كما يتم الاستفسار عن مظاهر سلوك المرض المترافقة في الغالب وتمثيلات الأعراض والمرهقات النفسية الاجتماعية في ستة بنود. ويتبع تقويم الوحدة النموذج الرياضي المعمول به في AMDP عموماً. ويتم

تقدير الشدة على مقياس من صفر حتى 3، (صفر= الصفة غير قابلة للتقييم) أو (1= خفيفة) أو (2=متوسطة) أو (3= شديدة).

جدول (5) عرض لأدوات الاضطرابات التفككية

الأدوات التشخيصية		المؤلف	ملاحظات
أدوات فرز، استبيانات	استبيان الأعراض التفككية	Freyberger, Stieglitz & Spitzer (1999)	يقيس تصنيف الدي.أس.أم.DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 (استكمالاً للأعراض جسدية الشكل)
	مقياس التفكك Dissociative Scale	Dornbusch, Bischoff & Straube,2004	الأعراض الأساسية المحددة مفاهيمياً في الدي.أس.أم.DSM-IV
	استخبار التفكك الجسدي Somatic Dissociation Questionnaire	Nijenhuis, Spihoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden,1996;	الأعراض التفككية ذات الشكل الجسدي فقط (الصيغة الطويلة 20 بند، مع تقدير للشدة، (الصيغة المختصرة (خمس بنود) كفرز
	مقياس التوتر- التفكك الحاد Dissociation-Tension Scale acute	(Stoglmayer et al.,2003)	يشمل مفهوم أو تصور الدي.أس.أم.DSM-IV-TR والأعراض جسدية الشكل، بالإضافة إلى أنه يمكن قياس حالات التوتر المنفرة أيضاً.
المقابلات الإكلينيكية	المقابلة الإكلينيكية المبنية Structured Clinical Interview	(Gast, Oswald, Zuendorf& Hofmann, 2000)	المحكات التشخيصية لتصنيف الدي.أس.أم. الرابع، مع تقدير لشدة الأعراضالتفككية الأساسية.

الأدوات التشخيصية	المؤلف	ملاحظات
دليل المقابلة المبنية لتشخيص الاضطرابات التفككية	Froer تحت الإعداد	تصور الدي.أس.أم.-DSM-IV-TR، مع تشخيص إضافي للاختلاطية.
هايديلبيرغ للتفكك Heidelberger Dissociation Inventory	Bruner, Resch, Parzer and Koch,1999	مراعاة لتشخيص الدي.أس.أم.DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 مع تقدير الشدة، إضافة لاستبيان فرز للراشدين والمراهقين.
مجموعة عمل التوثيق في الطب النفسي- وحدة للتفكك والتحويل Module for Dissociation and Conversion	Spitzer &Freyberger, 2004	تصور الدي.أس.أم.-DSM-IV-TR وأعراض التحول.

وقد تم استخدام عينة مكونة من 73 مريض من مرضى الطب النفسي العام لحساب محكات الصلاحية وكانت مؤشرات الثبات بالاتساق الداخلي سواء للقائمة ككل أم للمقاييس الفرعية المشتقة نظرياً بين المقبولة والجيدة (ألفا بين 0.76 و0.85) وأظهر الارتباط الداخلي بين المقاييس الفرعية للتفكك والتحويل تبايناً كلياً يبلغ 21٪. إلا أنه لم يتم التمكن من خلال التحليل العاملي تأكيد هذا التمييز الكافي بحد ذاته للبناءات (Spitzer et al.,).

ومن ناحية الصدق التلازمي ظهرت ارتباطات مع استبان الأعراض التفككية (ر=0.35 حتى 0.85) وقائمة الأعراض SCL-90) (حتى 0.51.. ومن زاوية سيكومترية فقد تم انتقاد الحجم الضئيل للعينة للحصول على محكات الصلاحية

6- ملاحظات ختامية

مازال هناك نقص في الممارسة الطبية النفسية الراهنة في الرعاية التشخيصية والعلاجية للاضطرابات التفككية. ومن المؤكد أن المشكلات نابعة من الظواهرية غير المتجانسة لصور الاضطراب وتصنيفها غير الموحد. وعلى هذه الخلفية لابد من عدم تجاهل أننا في عصر التحول فيما يتعلق بالتصنيف (وبشكل خاص لاضطرابات الصدمة المركبة). وتسهم النتائج العصبية البيولوجية بنصيب كبير في إعادة تشكيل بناءات التفكك النفسي وذو الشكل الجسدي ومن ثم في المفاهيم المستخدمة كالهستيريا والتحويل. وعلى الرغم من الجدل المتعارض تم في سياق النشاطات البحثية المكثفة في السنوات الأخيرة تطوير سلسلة من الأدوات التشخيصية والأدوات العملية التي من المؤكد أنها ستسهل في المستقبل استخلاص الاضطرابات التفككية وإجراء علاجات فاعلة.

25- الاضطرابات جسدية الشكل

غابي بلايشهاردت وفولفغانغ هيللر

Gaby Bleichhardt & Wolfgang Hiller

1- مدخل
2- الظواهرية
2.1 الجائحة
2.2 المجرى
2.3 الأهمية السياسية الصحية للاضطرابات جسدية الشكل
3- التشخيص التصنيفي
3.1 محكات الدي.أس.أم.DSM-IV
3.2 محكات الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
3.3 نقد التشخيص الراهن
3.4التشخيص التفريقي وتحديد الاضطرابات المختلطة
4- التشخيص القائم على التعديل
5- طرق القياس
5.1 أدوات المقابلة وقوائم الفحص
5.2 الاستبيانات
6- أمثلة حالات
7- وجوه خاصة بالمجموعات
7.1 الأطفال والمراهقين
7.2 كبار السن
8- خلاصة واستنتاجات

1- مدخل

السمة المشتركة للاضطرابات جسدية الشكل هي وجود الأعراض الجسدية التي توحي بوجود سبب طبي، و لا يمكن تفسيرها بشكل كامل من خلال سبب طبي أو من خلال تأثير مباشر لمادة ما أو من خلال اضطراب نفسي آخر (الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV)

يمكن اعتبار اضطراب التجسيد "النموذج الأولي" للاضطرابات جسدية الشكل، الذي يتصف بعدد كبير من الأعراض الجسدية المتنوعة. وعندما تحتل أعراض الألم مركز الصدارة فإننا ننطلق من وجود اضطراب ألم جسدي الشكل[1]. أما في اضطراب التحويل فإن الأعراض "العصبية الكاذبة" هي الصفة الرئيسية، أي تلك الأعراض التي تثير التخمين بوجود مرض عصبي، من نحو اضطرابات الحركة أو التنسيق أو نوبات التشنج الصرعية. ويرى الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 بالإضافة إلى ذلك ما يسمى باضطرابات الوظائف المستقلة جسدية الشكل[2]، الذي ينبغي أن تترافق فيه الأعراض الجسدية مع أعراض قابلية إعاشية للاستثارة[3]. وكل هذه الاضطرابات التي تكون فيها البؤرة مركزة على المعاناة من الشكاوى الجسدية، يمكن فصلها عن المراق (توهم المرض) الذي يكون فيه المحك الأساسي هو الخوف من وجود مرض جدي أو الاقتناع بوجود المرض (القائم على التفسير الخطأ للأعراض الجسدية).

وفي المراجع نجد في بعض الأحيان مفاهيم أخرى، هي أقرب للمفاهيم القديمة للاضطرابات جسدية الشكل من نحو "الاضطرابات الوظيفية" "الاكتئاب المتجسد

---

(1) Somatoform Pain Disorder

(2) Somatoform autonomic Function Disorder

(3) Vegetable irritability

أو الاكتئاب المتخفي[1] أو "عسر المقوية الإعاشي[2] وغيرها من المفاهيم.

وبالمقارنة مع مجموعات أخرى من الاضطرابات النفسية فقد ظلت الاضطرابات جسدية الشكل لفترة طويلة "ربيبة" البحث النفسي الإكلينيكي، فحتى ثمانينيات القرن العشرين ظلت الفرضية السائدة أن الاضطرابات جسدية الشكل مقاومة للعلاج. ويعتقد بأن هذا هو السبب الرئيسي للأساس الإمبيريقي الذي مازال حتى اليوم ضئيلاً، في انتشار المراق أو في البراهين العلم نفسية التجريبية للفرضيات المتعلقة بالمنشأ.

2- الظواهرية

السمة الأساسية للاضطرابات جسدية الشكل وجود شكاوى جسدية غير واضحة طبياً. فإذا ما نظرنا للصفات الأساسية للمستويات الأربعة المعتادة للسلوك والخبرة فسوف نجد بالإضافة إلى ذلك سلسلة من الشذوذات الأخرى تميز هذه الصور من الاضطرابات:

السمات الاستعرافية:

- التقييم الكارثي للأحاسيس الجسدية
- مفهوم ضيق عن الصحة: الصحة تعني التحرر من الشكاوى الجسمية.
- التضخيم الحسي الجسدي Somatosensoric (أنظر الفقرة 3)

السمات الانفعالية:

- الغضب، اليأس، الاكتئابية كنتيجة للمعاناة من الشكاوى
- اختلاطية عالية مع الاكتئابية

---

(1) Somatize or larvae Depression

(2) Vegetative Dystone

السمات **الجسدية**

- السمة المركزية:
- المعاناة من الألم وأحاسيس سيئة أخرى

السمات **المتعلقة** بالسلوك

- "سلوك مرض غير ملائم"
- ارتفاع في عدد المراجعات الطبية
- سلوك رعاية
- سلوك تأمين مضاعف
- "سلوك تفحصي "Checking Behavior" (تفتيش/ مراقبة الجسد على أي شذوذ).

ويوجد تلخيص شامل للسمات النفسية بالنسبة لاضطرابات جسدية الشكل لدى ريف (Rief,2000).

2.1 الجائحة

اضطرابات التجسيد حسب منظومات التصنيف الراهنة اضطرابات نادرة جداً، إذ وجدت الدراسات الجائحية الكبيرة انتشار مدى الحياة يبلغ 0.03 حتى 0.38٪ (Schwarz et al.,1986; Escobar et al., 1987). أما نسب انتشار المراق (توهم المرض) فلا يمكن تحديده بدقة في الوقت الراهن، إذ تتأرجح البيانات بين 0.2٪ انتشار مدى الحياة (Faravelli et al., 1997) و4.5٪ انتشار سنة (Looper & Kirmayer,2001). وبالنسبة للمجموعة ككل من الاضطرابات جسدية الشكل في ألمانيا نجد انتشار مدى الحياة يبلغ 12.3٪. وقد وجد ليب ومجموعته (Lieb et al.,2000) في دراسة ممثلة لدى 2.7٪ من الفئة العمرية بين 14 و24 سنة اضطراباً جسدي الشكل نوعياً.

وفي حين أن النساء تعاني أكثر من الرجال من الاضطرابات جسدية الشكل (بين

2-5 مرة أكثر)، فإن النسبة تبدو متقاربة في المراق (Escobar, et al., 1998; Gureje et al., 1997; Bleichhardt & Hiller, 2007).

2.2 المجرى

كما ترجح دراسة ليب ومجموعته (Lieb et al.,2000) الظن فإنه يمكن للاضطرابات جسدية الشكل أن تبدأ منذ الطفولة. كما وجد فيتشن ومجموعته (Wittchen et al.,1993) أن السن الأول للمرض قد بدأ لدى حوالي ثلثي المسؤولين في عمر تحت الثلاثين. وفي دراسة لمائة شخص بأعراض جسدية غير واضحة وجدت لدى 30٪ من الأشخاص بعد 15 شهر تحسن كامل ولدى 25٪ من المسؤولين لم يظهر أي تحسن (Speckens et al.,1996). أما دراسة شفارتس ومجموعته (Schwarz, et al., 1991) فتشير إلى وجود إزمان أعلى، فقد ظهرت هنا خلال سنة نسبة تحسن مقدارها 8٪ من المسؤولين. وفي كثير من الحالات يبدو أن الشكاوى الجسدية السائدة تتبدل في مجرى المرض (على سبيل المثال Gureje & Simon,1999).

2.3 الأهمية السياسية الصحية للاضطرابات جسدية الشكل

يراجع مرضى الاضطرابات جسدية الشكل المرافق الطبية بشكل كبير ومن ثم فهم يتسببون في جزء كبير من ارتفاع التكاليف الصحية القومية.

فقد تمكن كرونكة ومانغيلسدورف (Kroenke & Mangeldorf,1989) من خلال تدقيق الملفات إيجاد سبب لشكاوى الأعراض الظاهرة حديثاً لدى نسبة مقدارها 16٪ فقط. وتوصلت دراسات أخرى إلى نسبة أقل إلى حد ما. وهو أمر يشير إلى تكرار ظهور بارز بالنسبة للسياسة الصحية للاضطرابات جسدية الشكل في الرعاية الطبية العضوية. وتوصل فيبر ومجموعته (Weber et al.,1990) إلى استنتاج مفاده أن مريض من بين اثنين يراجع الطبيب يعاني من اضطرابات وظيفية. وفي استقصاء ذكر مرضى باضطرابات تجسيد في العلاج المركزي حوالي 40 مراجعة طبية في السنة (Bleichhardt, 2002).

وتنشأ التكاليف الكبيرة للنظام الصحي من خلال مرضى الاضطرابات جسدية الشكل بسبب الإجازات المرضية والتقاعد. فقد وجد كل من تسوتسوليلو وكلوننغر (Zocccolillo & Cloninger, 1986a;1986b) أن 40٪ من المريضات باضطرابات تجسيد قد تقدمن بطلب دعم مالي، يساوي مقدار راتب التقاعد المبكر. ووجد بلايشهاردت ومجموعته (Bleichhardt et al., 2004) لدى مرضى بمتلازمة تجسيد من عيادة سيكوسوماتية إجازات مرضية في المتوسط تبلغ 14 أسبوع في السنة قبل العلاج. ولدى 22٪ من المرضى كان هناك تفضيل للتقاعد.

نتائج مشابهة نجدها لدى إسكوبار ومجموعته وبيرلي وغوز وفيربر ومجموعته وستروم وتسيلكه وسميث ومجموعته وفيتشين ومجموعته (Escobar et al.,1989; Perly & Guze, 1962); Ferber et al., (1972); Strum & Zielke, 1988; Smith et al., 1986; Wittchen et al., 1999).

وقد حسب هيللر ومجموعته (Hiller et al., 2003) التكاليف في الاضطرابات جسدية الشكل بالنسبة للمحيط الألماني في دراسة للتكاليف والفوائد حيث تمت دراسة 172 مريض باضطرابات جسدية الشكل كانوا يعالجون في عيادة سيكوسوماتية. وقد تم بالإضافة إلى سؤال المريض الحصول على معلومات تأمينية من صندوق الضمان الصحي، وظهر – مقارنة مع الإنفاقات المتوسطة للضمان الصحي لكل مؤمن عليه– أن التكاليف بالنسبة للعلاج الخارجي (المستوصف) كانت أعلى بـ 2.5 مرة. كما استنتجت صناديق الضمان الصحي وجود 127 يوم إجازة مرضية وسطياً في السنتين الأخيرتين. ويقدر المؤلفون التكاليف غير المباشرة بسبب التكاليف غير المباشرة حوالي 19.000 يورو لكل مريض.

3- التشخيص التصنيفي

3.1 محكات الدي.أس.أم. DSM-IV

يميز الدي.أس.أم. الرابع سبعة اضطرابات جسدية الشكل منفردة سنقوم بوصف صفاتها الأساسية فيما يلي.

اضطرابات التجسيد Somatization Disorders

يعطى تشخيص اضطراب تجسيد (300.81) عند وجود عدد كبير من الشكاوى الجسدية من مجالات مختلفة من الأعراض: إذ يجب أن تتوفر أربعة أعراض ألم على الأقل (على سبيل المثال صداع أو آلام الظهر)، وعرضان معدي معوي gastrointestinal (كالإعياء، الإسهال على سبيل المثال)، وعرض واحد جنسي نفسي (عدم انتظام الدورة الشهرية أو اضطرابات الانتصاب أو القذف على سبيل المثال) وعرض عصبي كاذب واحد (اضطرابات مشي أو تنسيق أو توازن أو احتباس بول على سبيل المثال). ويتم تقويم هذه الأعراض على أنها مهمة عندما تقود للعلاج الطبي أو إلى إلحاق الأذى بمجالات حياتية مهمة. كما ينبغي للشكاوى أن تظهر قبل سن الثلاثين وأن تستمر لعدة سنوات.

اضطرابات جسدية الشكل غير متمايزة

الاضطرابات جسدية الشكل غير المتمايزة (300.81) تمثل فئة تشمل شكلاً مضعفاً بشدة من اضطراب التجسيد. ولإعطاء هذا التشخيص يكفي ظهور عرض واحد على الأقل من الشكل الجسدي يستمر لستة أشهر أو أطول.

اضطراب التحويل

يقصد باضطراب التحويل وفق الدي.أس.أم.(DSM-IV(300.11 اضطراب تسيطر فيه أعراض الحركات اللاإرادية أو تعطل هذه الحركات (الشلل على سبيل المثال، عدم القدرة على النطق أو اللقمة الهستيرية Globus hystericus). ففي اضطراب التحويل تحتل إذاً الشكاوى العصبية الكاذبة ذات الشكل الجسدي مركز الصدارة.

اضطراب الألم

يعطى التشخيص اضطراب الألم(307,8) عندما تنشأ الأعراض جسدية الشكل نتيجة للألم في واحد أو أكثر من المناطق التشريحية.

المراق (توهم المرض Hypochondria)

السمة الأساسية للمُراق (300,7) هي الانشغال المفرط بالقلق أو القناعة بوجود مرض جدي، يقوم على تفسير مغلوط لواحد أو أكثر من العلامات الجسدية. ويظل القلق أو القناعة على الرغم من التأكيد الطبي المتكرر بأنه لا يوجد مثل هذا المرض الذي يخشى منه.

اضطراب سوء تشكل الجسد

ينشغل الناس باضطراب سوء تشكل الجسد (300.7)بشكل مفرط بوجود نقص أو سوء تشكل في مظهرهم الجسدي. وهذا النقص إما أن يكون متهيئاً أو أنه عندما يكون هناك شذوذاً جسدياً طفيفاً موجوداً بالفعل، فإن قلق المعني يكون مفرطاً.

اضطراب جسدي الشكل غير محدد بدقة

يمثل الاضطراب الجسدي الشكل غير المحدد بدقة (300.81) بقية من فئة لاضطرابات بأعراض جسدية الشكل لا تحقق المحكات لما يسمى الاضطرابات جسدية الشكل النوعية.

3.2 محكات الآي.سي.دي. العاشر ICD-10

يتم تصنيف الاضطرابات جسدية الشكل في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 في الفئة F4، تحت ما يسمى "الاضطرابات العصابية واضطرابات الإرهاق (الضغط) والاضطرابات من الشكل الجسدي[1]". وسنعرض فيما يلي المحكات التشخيصية الأساسية لهذه المنظومة. أما اضطرابات التحويل التي تتصدر فيها الشكاوى غير المحددة، من نحو اضطرابات الحركة والإحساس على سبيل المثال مركز الصدارة فإنها موجودة في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تحت الاضطرابات التفككية (F44) وذلك على عكس الدي.أس.أم.DSM-IV.

اضطرابات التجسيد

تتحقق محكات اضطراب التجسيد (F45.0) عندما توجد أعراض جسدية متعددة مستمرة لسنتين على الأقل، لا يمكن تفسيرها بشكل كاف من خلال مرض جسدي مشخص. وينبغي هنا أن تتوفر على الأقل ستة أعراض جسدية من مجموعتين من الأعضاء على الأقل (معدي معوي، قلبي وعائي، بولي تناسلي، أعراض جلدية، أعراض ألم). ويرى الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 بأنه ينبغي ألا يتم قبول الاستنتاج الطبي بعدم وجود سبب جسدي كاف للأعراض الجسمية.

---

(1) Neurotically, Stress- and Somatoform Disorders

اضطرابات تجسيد غير متمايزة

يشبه التخفيف من المحكات لاضطرابات التجسيد غير المتمايزة (F41.1) ما هو في الدي.أس.أم.DSM-IV. فقد تم تقليص محك الزمن حتى 6 أشهر، كما يسمح بقبول وجود عدد أقل من الأعراض الجسمية.

اضطرابات ألم جسدية الشكل مستمرة

من أجل تحقيق محكات اضطرابات الألم جسدية الشكل (F45.4) لابد من وجود ألم شديد في جزء من الجسم لا يمكن تفسيره بشكل مناسب من الناحية الطبية، يستغرق الاهتمام المستمر للمريض لستة أشهر على الأقل.

الاضطراب المراقي واضطراب سوء التشكل الجسدي

المحك الأساسي للاضطراب المراقي (F45.2) هو القناعة بالمعاناة بمرضين وخيمين على الأقل. وينبغي للقناعة أن تكون مستمرة منذ ستة أشهر على الأُقل. ويشير الآي.سي.دي. العاشر ICD-10بأنه ينبغي ألا يتم قبول الاستنتاج الطبي بعدم وجود سبب جسدي كاف للأعراض الجسمية.. وبشكل مختلف عما هو الحال في الدي.أس.أم. الرابع تم تصنيف اضطراب سوء التشكل الجسدي ضمن المراق (اضطراب سوء التشكل الجسدي F45.2). وتم استبدال محك القناعة المرضية بالانشغال المستمر بوجود تشوه أو انحراف يفترضه المعني. ولابد من الانتباه إلى أنه من الناحية التشريحية قلما توجد مشتركات بين اضطراب سوء التشكل الجسدي والاضطراب المراقي.

اضطراب الوظيفة المستقل من الشكل الجسدي

لا يوجد في الدي.أس.أم.DSM-IV ما يوازي اضطراب الوظيفة المستقل من الشكل الجسدي الموجود في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10. الأمر الأساسي هنا أن الشكاوى الجسدية لابد وأن تترافق مع أعراض قابلية إعاشية للاستثارة[1]. ومن أجل تحقيق المحكات لابد لأعراض الاستثارة المستقلة أن تكون موجودة، والتي ينبغي أن تكون واقعة ضمن واحدة من منظومات الأعراض على الأقل (الجهاز الدوري، الجهاز المعدي المعوي الأعلى والأسفل، الجهاز التنفسي البولي التناسلي). كما لابد من توفر على الأقل عرضين إعاشيين وعلى الأقل عرض آخر من قائمة محددة مسبقاً، من نحو ألم في الصدر، قابلية غير عادية للتعب، ضغط متكررة للبراز على سبيل المثال.

كما يعطي الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 فئتين من البقايا آخرتين:

- اضطرابات جسدية الشكل أخرى (F45.8) (على سبيل المثال اللقمة الهستيرية، وصرير الأسنان Bruxism).
- اضطراب جسدي الشكل غير محدد بدقة (F45.9).

ونجد عرضاً مفصلاً حول المظاهر التشخيصية للاضطرابات جسدية الشكل والمتلازمات المستخدمة عند مورشتسكي (Morschitzky, 2000).

3.3 نقد التشخيصات الراهنة

منذ ثمانينات القرن العشرين اشتعل نقاش علمي حول المحكات التشخيصية "التقليدية" لاضطرابات التجسيد وفق الدي.أس.أم.DSM-III-R والدي.أس.أم.DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10. فقد اشتكى الباحثون بشكل خاص من أن المحكات

---

(1) Vegetable irritability

التقليدية صارمة جداً. فنسب الانتشار الضئيلة لاضطرابات التجسيد المصنفة بشكل صارم وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 أو الدي.أس.أم.DSM-IV يقابلها جزء كبير من المرضى الذين يلجئون للعلاج الطبي بسبب شكاوى جسدية غير قابلة للتفسير بشكل كامل. وعليه يقدر ليبوفسكي (Lipowiski,1986)، بأن تكرار الأشخاص بأعراض جسدية الشكل في الطب العام يقع بين 6–19٪، في حين أن نسبة الانتشار لاضطرابات التجسيد بالمقابل أقل من 1٪ (أنظر الفقرة 1.1). ولهذا السبب تم تطوير مبادئ تصنيف أقل صرامة والتي لم يتم حتى الآن إدخالها في منظومات التصنيف الراهنة.

ومن أكثر المبادئ انتشاراً هو المبدأ الذي قدمته مجموعة إسكوبار (Escobar,1987) وتطلق عليه تسمية مؤشر الأعراض الجسمية (Somatic Symptom Index) (اختصار SSI). فبالنسبة لمؤشر الأعراض الجسمية (SSI 4/6) لابد لدى الرجال من توفر أربعة شكاوي من الشكل الجسدي على الأقل، وبالنسبة للنساء ستة شكاوى. وهنا يمكن إعطاء التشخيص "اضطراب تجسيد مختصر abridged somatization Disorder". وقد أكد كاتون ومجموعته (Katon et al., 1991) في دراسة لمرضى يلجئون مراراً للخدمات الطبية بأن وجود "اضطراب التجسيد المختصر" يحمل في طياته ضرراً نفسياً اجتماعياً وارتفاع في التكاليف في النظام الصحي.

وفي المحيط الناطق بالألمانية اشتهر مصطلح "متلازمة التجسيد" الذي وضعته مجموعة عمل هيللر وريف (Rief et al.,1996) لوصف اضطراب تجسيد أقل صرامة. وقد استخدم هيللر وريف (1999) لتحديد محكات متلازمة التجسيد مبدأ إمبيريقياً وحصلا على نقطة قطع تقع بين 6–7 أعراض جسدية الشكل تمكن من تحقيق أفضل تمييز بين المرضى بأضرار شديدة وضئيلة. ومن أجل عدم الابتعاد كثيراً عن المحكات الشائعة قرر المؤلفان اختيار نقطة قطع مثالية تبلغ 8 أعراض جسدية الشكل كمحك أساسي لمتلازمة التجسيد.

ومن الأمور التي تستحق النقاش أيضاً ترتيب اضطراب سوء التشكل الجسدي ضمن مجموعة الاضطرابات جسدية الشكل، بالشكل المعمول بع في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم.DSM-IV. فهذا الاضطراب يعد في المراجع العالمية اضطراباً مستقلاً. وبشكل خاص في منظومة الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 فإنه يمكن انتقاد عدة أمور:

- المحك C لاضطراب التجسيد يحدد أن "الرفض العنيد للتشخيص الطبي، المتمثل في عدم وجود سبب جسدي كاف للأعراض الجسدية" (ص 177) ضروري. ولأسباب تشخيصية وعلاجية فإن هذا المحك يبدو معيقاً إلى حد كبير.
- بالنسبة لاضطراب الوظيفة المستقل من الشكل الجسدي لا يوجد أي برهان علمي.
- تم وضع اضطراب التحويل تحت الاضطرابات التفككية، على الرغم من أنه هنا أيضاً توجد شكاوى جسدية غير واضحة (غير مفسرة).

3.4 التشخيص التفريقي وتحديد الاضطرابات المختلطة

سنعرض فيما يلي أكثر الاضطرابات التي ينبغي تحديدها (فصلها أو استبعادها)

الأمراض الجسمية

وهي أهم تحديد، إذ أنه لابد بداية من استبعاد وجود أي سبب جسدي لكل عرض من الأعراض.

الاضطرابات الاكتئابية:

حسب التصورات القديمة فقد تم اعتبار الاضطرابات جسدية الشكل نوعاً من "الاكتئاب المكبوت"، بحيث أنه لم يتم منحها صبغة اضطراب مستقل. ومن الناحية الإمبيريقية فلم يتم برهان مثل هذا التقسيم.

اضطرابات القلق

إذا ظهرت أعراض جسدية، وبشكل خاص أعراض إعاشية في أثناء نوبة الهلع أو في موثق الخوف أو في إطار استثارة قلق anxiety arousal فقط فلا ينبغي تقييم هذه على أنها اضطرابات جسدية الشكل.

اضطرابات ذهانية

يمكن أن تظهر الأهلاس الحشوية Cenesthetic hallucinations (أحاسيس جسدية شاذة، من نحو الإحساس بوجود سيخ حديد في البطن، ونمل في الرأس على سبيل المثال) في إطار المراحل المتفتحة (في فترة ظهور الأعراض) في الاضطرابات الذهانية وهي ليست جسدية الشكل.

الاضطرابات الزائفة (الكاذبة artificial) والتقليد

يتعلق الأمر هنا بإنتاج مقصود أو تمويه للأعراض الجسدية. وفي حال المحاكاة أو التقليد يكون المريض ساعياً وراء مكسب من جراء ذلك (في العادة تعويضات مادية). وفي الاضطرابات الزائفة يفترض وجود دافعية عالية لتبني دور المريض.

الاختلاطية عالية جداً في الاضطرابات جسدية الشكل. والاكتئاب هو أكثر الاختلاطات. فهو يظهر لدى ثلثي المرضى ككل. أما أغلب اضطرابات القلق فهي اضطرابات الهلع ورهاب أو الأماكن العامة أو كليهما، إلا أن بعض الباحثين وجدوا نسبة عالية في اضطرابات القلق المعمم أيضاً. ولهذا السبب لابد هنا من أن يتعرض التشخيص دائماً للاضطرابات النفسية الأخرى.

4- التشخيص القائم على التعديل

تنشأ الاضطرابات جسدية الشكل دائماً من خلال تفاعل العوامل المختلفة يمكن تقسيمها إلى مظاهر بيولوجية/ نفسية فيزيولوجية واستعرافية وانفعالية وسلوكية.

لهذا لابد في التشخيص التفصيلي القائم على التعديل من استقصاء العوامل التالية:

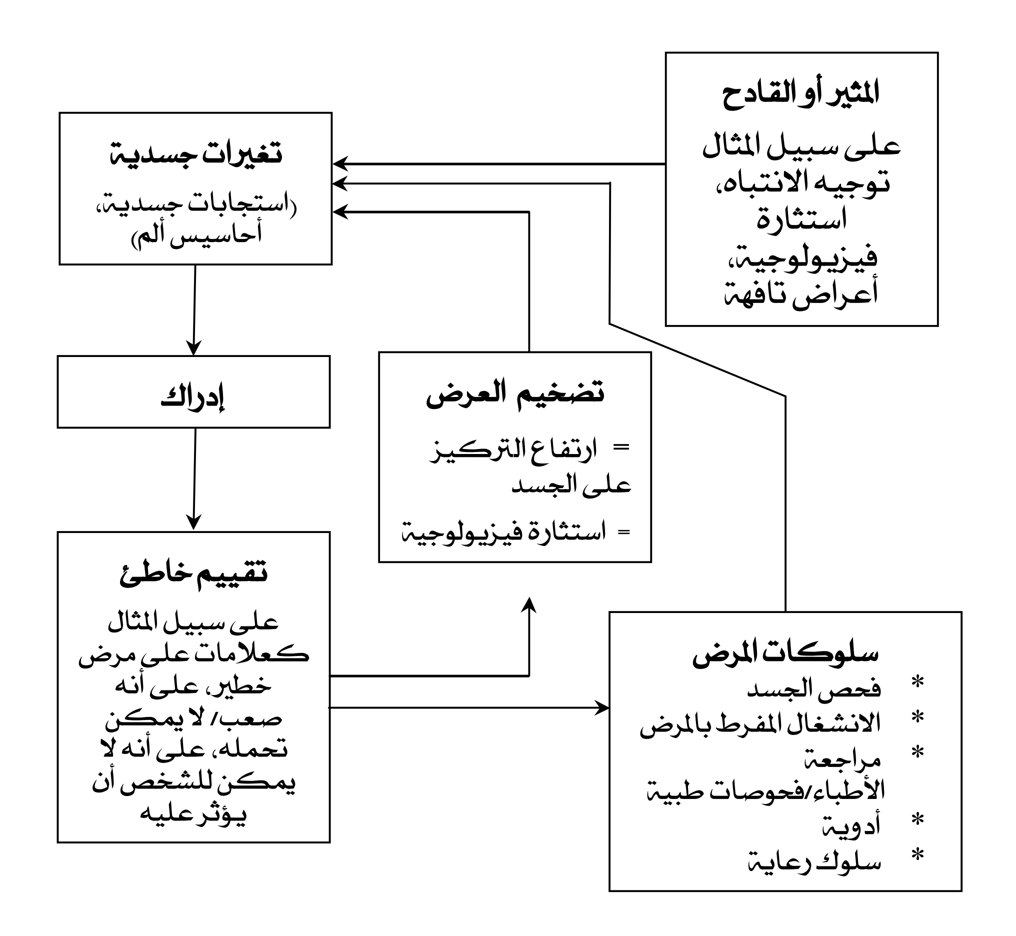
1- المثيرات الأولى الممكنة للإحساس الجسدي الأول من نحو الاستثارة المستقلة، الأمراض السابقة، الأمراض الصغيرة (التي لا قيمة لها، التافهة).
2- التضخيم الحسي الجسدي مع كلا المركبين الأساسيين لتركيز الانتباه والتقييم الكارثي.
3- سلوك المرض.

وفيما يتعلق بتاريخ المرض للمرضى باضطراب من الشكل الجسدي لابد من الاستفسار سواء عن الأمراض التي أصيب بها المريض حتى الآن أم عن أمراض أشخاص الإطار المرجعي. كما يمكن للأمراض الصغيرة (التي لا قيمة لها) أن تستثير بالتفاعل مع الضغوط (الإرهاقات) الحادة والمزمنة أو أحداث الحياة الحرجة المفرغة. كما يوجد في بعض الأحيان خبرات عنف في تاريخ الحياة أو حتى خبرات تنشئة اجتماعية، تقود إلى مفهوم من الضعف الجسدي للذات (صورة ذات مضمونها الضعف الجسدي). كما لابد من الاستفسار عن الطريقة التي تغيرت فيها العلاقات الاجتماعية من خلال المرض وفيما إذا كان هناك أشخاص قد مارسوا وظيفة النموذج بالنسبة للمظاهر الإيجابية والسلبية للمعاناة والأمراض. وغالباً ما تكون النظريات الشخصية والقناعات الذاتية حول المرض من شروط تطوير العملية النامية المعززة لنفسها. لهذا فإنه لابد دائماً من الاستفسار عن هذا النمط من التفسير عند المريض، كي يتم التحضير لرابطة علاجية مفيدة ونماذج تفسير بديلة (على سبيل المثال بمساعدة استبيان الصحة

والمرض؛ أنظر أدناه). كما أنه ليس من النادر أن تلعب المعلومات القادمة من وسائل الإعلام دوراً في نماذج التفسير هذه. وينبغي لتاريخ التعلم أن يتجلى في إطار التشخيص القائم على التعديل في العادة من خلال تفاعل القناعات المكتسبة أو الاستعرافات غير المنطقية القائمة حول المرض والتعلم وفق النموذج وعمليات الإشراط الإجرائي بالمظاهر الإيجابية والسلبية للتعزيز.

ويعد نموذج التضخيم الحسي الجسدي (Somatosensory amplification) نموذجاً مركزياً لتفسير الاضطرابات جسدية الشكل. وقد تمت صياغة التضخيم الحسي الجسدي ضمن مجموعة عمل آرثور بارسكي Arthur Barsky (Barsky, 1979; Barky et al., 1991) واختباره إمبيريقياً. ويقصد بهذا أسلوب خاص بالاضطراب من الإدراك، الذي يميل فيه الأشخاص المعنيين لمراقبة الوظائف والأحاسيس الجسمية بدقة. وفي إطار التشخيص القائم على التعديل لابد من تحديد فيما إذا كان المريض يلاحظ بشكل مضخم العمليات الجسدية اليومية، الضعيفة والعابرة. وأخيراً لابد من الاستفسار عن إلى أي مدى يميل المعني إلى عزو الاستجابات الجسدية إلى أمراض جسدية بدلاً من أن يأخذ بعين الاعتبار تفسيرات أقل تهديداً.

ويقدم الشكل (1) نموذج متعدد العوامل للاضطرابات جسدية الشكل يدمج التضخيم الحسي الجسدي إلى جانب المظاهر الأخرى ويستند لكل الاضطرابات جسدية الشكل التي تكون سمتها الأساسية "شكاوى جسدية غير مفسرة" ويلاءم كذلك للتشخيص القائم على التعديل.



الشكل (1) نموذج اضطراب فيزيونفسي للاضطرابات جسدية الشكل

وبناء على التفسيرات المعطوبة (المختلة الوظيفة) التضخيمية في العادة للتغيرات الجسدية فإن هذه التضخيمات الحسية الجسمية تزداد. وهناك حلقة أخرى تفسر تضخم الشكاوى الجسدية من خلال سلوك المرض، من نحو على سبيل المثال سلوك الرعاية أو ما يسمى سلوك التفحص Checking Behavior (تفحص الجسد على وجود أعراض جسدية).

وهذا السلوك يمكن استقصاؤه وملاحظته على حد سواء (حتى في إطار الملاحظة الذاتية). ومن خلال سلوك الرعاية تنخفض قابلية الجسد لتحمل الضغط بحيث أنه تزداد الشكاوى الجسدية تحت الضغط. وفي سلوك التفحص (عند لمس الجسم على سبيل المثال) غالبا ما تنشأ إنزعاجات جسدية (استجابات جسدية طفيفة أو أحاسيس ألم). كما أن سلوك المرض غالباً ما يهدف إلى التهدئة قصيرة الأمد للمعني، وذلك من خلال مراجعة المعني للأطباء على سبيل المثال وجعلهم يؤكدون له بأن الأعراض التي يشكو منها لا قيمة لها أو من خلال حصوله على المعلومات الإعلامية حول ما يشعر به. وهذا يؤثر بشكل معزز من الناحية التعلمية النظرية ويحافظ على استمرارية الأعراض على المدى البعيد. كما يميل أشخاص المحيط المرجعي إلى تعزيز سلوك المرض من خلال الاهتمام الكبير (هنا توجد براهين تجريبية على ذلك من مجال الإشراط الإجرائي لسلوك الألم لدى مرضى ألم الظهر، قارن (Fnost et al., 1999). وبشكل عام لابد من الاستفسار بدقة عن هذه الأنماط السلوكية وملاحظتها أو حتى توليدها تجريبياً من أجل جعل النتيجة المطابقة ملحوظة حتى من المريض نفسه.

ونجد لدى ريف وهيللر (1998، ص 39) إرشادات مختصرة مفيدة للاستقصاء الأول الذي يشمل التشخيص التصنيفي والتشخيص القائم على التعديل على حد سواء.

5- طرق الفحص

يوجد عدد محدود من أدوات التقييم الذاتي وتقويم الآخر تجعل من التشخيص التصنيفي والتشخيص القائم على التعديل ممكنين.

5.1 أدوات المقابلة وقوائم الفحص

باستثناء قائمة الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform Disorders Schedule تفيد كل أدوات التقييم الذاتي المعروضة هنا لقياس كل الاضطرابات النفسية المهمة. كما أن كلها تتضمن أسئلة لتشخيص الاضطرابات جسدية الشكل.

تقوم المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم.DSM-IV (اختصار SCID) على أساس محكات الدي.أس.أم. الرابع وتمثل تقييم الخبراء[1].

وكذلك المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية DIPD، تقوم على محكات الدي.أس.أم. الرابع وهي عبارة عن أداة تقويم الآخر.

وكذلك قوائم التقييم الإكلينيكي للطب النفسي العصبي Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (اختصار SCAN) عبارة عن مقابلة نصف مبنية تأخذ بعين اعتبار الأحكام الإكلينيكية للمشخص. وهنا تم أخذ محكات الدي.أس.أم.DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 بعين الاعتبار. ويعد قسم "الصحة الجسدية، الاضطرابات جسدية الشكل التفككية" قصير إلى حد ما.

كما تتيح المقابلة التشخيصية العالمية المركبة Composite International Diagnostic Interview (اختصار CIDI) إجراء تشخيص وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 و الدي.أس.أم.DSM-IV. وعلى عكس الأدوات الأخرى المعروضة أعلاه فإن هذه المقابلة يمكن أنيتم استخدامها من قبل غير المتخصص أيضاً لأن ترميزاتها تقوم على أقوال المريض فقط.

أما قائمة الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform Disorders Schedule فهي نسخة خاصة من المقابلة التشخيصية العالمية المركبة التي تستند فقط إلى الاضطرابات جسدية الشكل وتستقصيها بشكل تفصيلي أكبر مما هو الحال في المقابلات الأخرى.

وبما أن المقابلات تستهلك الكثير من الوقت وجامدة في مجراها فإن قوائم الفحص التشخيصية العالمية International Diagnoses Checklists (اختصار IDCL) تعد إمكانية اقتصادية بديلة. وتتوفر IDCL لطبعة الدي.أس.أم.DSM-IV وطبعة الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 وتتضمن كل محكات التقييم وقواعد اتخاذ القرار وتتيح

---

(1) جميع هذه الأدوات تم عرضها في أماكن مختلفة من هذا الكتاب بتفصيل (المترجم).

إجراء تشخيص سريع ومرن. إلا أنه يشترط لاستخدامها وجود معرفة بمحكات التشخيص وتقنيات الاستقصاء من أجل التطبيق الدقيق للأداة. ومن أجل التشخيص وفق الدي.أس.أم.DSM-IV يحتاج المرء إلى قائمتي "الاضطرابات جسدية الشكل" و"المراق"، ومن أجل التشخيص وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يمكن استخدام ثلاثة قوائم "الاضطرابات جسدية الشكل" و"الاضطرابات المراقية" و"اضطرابات التحويل والاضطرابات التفككية".

5.2 الاستبيانات

سنعرض في هذه الفقرة لأهم الاستبيانات في مجال الاضطرابات جسدية الشكل.

من خلال أداة فرز للاضطرابات جسدية الشكل Screening for Somatoform Disorder لريف وآخرين (1997) (اختصار SOSD) نستطيع إجراء فرز أولي للاضطرابات جسدية الشكل النوعية وإجراء تكميم ووصف المجرى لأشخاص باضطرابات جسدية الشكل. وتتم مراعاة محكات الدي.أس.أم.DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 على حد سواء. ويتوفر المقياس بصيغتين تقوم على نوافذ زمنية مختلفة (سنتين؛ سبعة أيام لقياس المجرى). والمكون الأساسي لكلتا الصيغتين هو وجود قائمة تفصيلية للأعراض جسدية الشكل المهمة وفق الدي.أس.أم.DSM والآي.سي.دي.ICD. وقد تم تقويم ألـ SOSD بشكل دقيق. فقد بلغ الثبات بإعادة الاختبار بعد 72 ساعة 0.85 بالنسبة لمجموع مجموع أعراض الدي.أس.أم.، والاتساق الداخلي =0.88 بالنسبة لكل الأعراض جسدية الشكل. وعند مقارنة مع التشخيص المستخلص من SCID ظهرت حساسية مقدارها 82٪ وخصوصية مقدارها 85٪.

يقيس استبيان الجسد والصحة لهيللر ومجموعته (1997) الاتجاهات والتقييمات المميزة لمرضى باضطرابات جسدية الشكل وتم تطويره بشكل خاص لقياس الخصائص الاستعرافية الخاصة للاضطرابات جسدية الشكل. ويتضمن الاستبيان خمسة مقاييس "التقييم الكارثي"، و"عدم تحمل الشكاوى الجسدية"، و"صورة ذات الضعف

الجسدي""والأحاسيس الإعاشية المزعجة" و"سلوك الصحة". ويختلف المرضى باضطرابات جسدية الشكل بشكل دال عن مجموعات ضبط إكلينيكية في المقاييس الأربعة الأولى. كما برهنت المقاييس الثلاثة الأولى على أنها حساسة للتعديل. وقد بلغ الاتساق الداخلي في عينة إكلينيكية تبلغ 493 مريض 0.90.

ولقياس توهم المرض يتم استخدام دليل وايتلي Whitely-Index ومقياس الاتجاهات المرضية Illness Attitude Scale وهما أشهر أداتين على مستوى العالم. ويمكن الحصول على كلا المقياسين تحت اسم المقاييس العالمية للمراق International Scales for Hypochondria (Hiller & Rief, 2004).

ويضم دليل وايتلي 14Whitely-Index بند ويتيح حساب درجة كلية وثلاثة قيم مقاييس "مخاوف المرض" و"الشكاوى الجسدية" و"القناعات المرضية". وعند الدرجة الكلية 8 فما فوق يتوفر هنا الحد المثالي من الحساسية والخصوصية بمعنى شكل راسخ كفاية بوجود المراق. ويبلغ الثبات بالإعادة بعد شهر rtt=0.92، والاتساق الداخلي 0.80.

كما يمكن مقياس الاتجاهات المرضية (اختصار IAS) من قياس السمات المراقية وسلوك المرض في صيغة قابلة للتحديد. وقد تم برهان مقاييس "مخاوف المرض" و"سلوك المرض" في دراسات مختلفة بصورة إمبيريقية. وهنا أيضاً من الممكن حساب درجة كلية. وقد بلغ الثبات بالإعادة بعد 30 يوم rtt=0.89، والاتساق الداخلي 0.92.

وترتبط الدرجة الكلية لدليل وايتلي ومقياس الاتجاهات المرضية بمقدار 079 (ارتباط داخلي Inter correlation) الأمر الذي يبرهن أن بأن الأداتين تقومان على مفاهيم متشابهة جداً للمراق.

كما طور ريف ومجموعته (Rief et al., 2003) مقياس تقييم سلوك المرض Scale for the Assessment of Illness Behavior (اختصار SAIB) بشكل خاص لقياس سلوك المرض لدى مرضى بشكاوى جسدية غير مفسرة. ويقيس المقياس المظاهر الخمسة

التالية من سلوك المرض: "التأكد من التشخيص، التعبير عن الشكاوى"، "الأدوية/ المعالجة"، عواقب المرض" والتفحص Scanning". وقد بلغ الاتساق الداخلي 0.80.

ويختلف المرضى باضطرابات جسدية الشكل متعددة عن الأشخاص الأصحاء في كل المقاييس وفي الدرجة الكلية باستثناء مقياس "التعبير عن الشكاوى".

ويمكن استخدام جميع الأدوات بصورة جيدة لقياس المجرى والنجاح في إطار المعالجة النفسانية. فمن أجل الحصول على انخفاض الشكاوى جسدية الشكل ينبغي استخدام نسخة الأيام السبعة من SOSD. وبما أن الهدف العلاجي الأساسي يتمثل في تحقيق تخفيض للضرر الناجم عن الشكاوى الجسدية فلا بد بالإضافة إلى ذلك من استخدام أدوات تقيس خصائص الاضطراب من نحو استبيان الصحة والمرض على سبيل المثال. ويعرض الجدول (1) الأدوات التي تم عرضها أعلاه.

جدول (1): استبيانات للاضطرابات جسدية الشكل

الأداة	المؤلفون	مجال الاستخدام
أداة فرز للاضطرابات جسدية الشكل Screening for Somatoform Disorder (صيغة سنتين- SOMS-2)	Rief, Hiller & Heuser, 1997	الفرز الأولي للاضطرابات جسدية الشكل المهمة
أداة فرز للاضطرابات جسدية الشكل Screening for Somatoform Disorder (صيغة سبعة أيام- SOMS-7)	Rief, Hiller & Heuser, 1997	تشخيص مجرى الاضطرابات جسدية الشكل
استبيان الجسد والصحة	Hiller et al.,1997; Rief et al., 1998	التشخيص التعديلي للاتجاهات والتقييمات الخاصة بالمرض
دليل وايتلي Whitely-Index(WI)	Pilowsky (1967); German Hiller & Rief, 2004)	أداة فرز وتشخيص اقتصادية وقياس المجرى للسمات المراقية

الأداة	المؤلفون	مجال الاستخدام
مقياس الاتجاهات المرضية Illness Attitude Scale	Kellner (1986); Germany: Hiller & Rief, 2004)	أداة فرز وتشخيص وقياس المجرى للسمات المراقية وسلوك المرض
تقييم سلوك المرض Scale for the Assessment of Illness Behavior	Rief, Ihle & Pilger (2003)	تشخيص قائم على التعديل لسلوك المرض الخاص بالاضطراب

6. مثال حالات

الحالة الأولى:

تعاني السيدة هدى التي تعمل خياطة وتبلغ من العمر 63 سنة منذ أن وعت الدنيا من صحة معتلة. فحتى في الحرب تم إعطائها أغذية إضافية لأنها كانت طفلاً رقيقاً ومعتلاً. أما الآن فهي تعاني من ألم في الوجه ومغض بطني ونوبات اختناق. ولم يتمكن طبيبها من إعطائها أي تفسير دقيق لشكاواها. زوج السيدة هدى زوج رائع وحياتها الزوجية مثالية إلا أنها تشعر بالإرهاق الشديد من خلال رعايتها لوالدها المريض بشدة.

تعليق: من الواضح هنا وجود استعداد من خلال التعزيز الإيجابي في تاريخ التعلم، حيث تشكلت من خلال ذلك صورة ذات للضعف الجسدي (مفهوم ذات جوهره الضعف الجسدي).

الحالة الثانية:

تبلغ السيدة هيفاء 34 سنة وتعمل في مصنع. تشكو من آلام مستمرة وتشنجية في أسفل البطن وشكاوى معدي-معوية أخرى، قائمة منذ 12 سنة، لم يتم التمكن من إيجاد سبب جسدي لها على الرغم من الفحوصات الجسدية المتنوعة. وهي نفسها تعتقد بين الحين والآخر أن السرطان هو مصدر الألم. وصفت المريضة سيرة حياتية مؤثرة وأخبرت عن أحداث حياتية مرهقة، كالانتقال المتكرر من المنزل في الطفولة على سبيل المثال والمرض الهوسي الاكتئابي للأب والعنف المتكرر (بعضها من النوع الجنسي) ضدها ومن جناة مختلفون ومحاولتي انتحار.

تعليق: ما يلفت النظر العلاقة بين الانصدام الجنسي وأوجاع أسفل البطن. وتوجد هنا أفكار مراقية بورم سرطاني من دون أن تتشكل هنا الصورة الكاملة للمراق.

الحالة الثالثة:

يعاني السيد بسام البالغ من العمر 52 سنة ويعمل معلماً، منذ بضعة أشهر من عدم القدرة على العمل لأنه يعاني من آلام مختلفة، والشعور بالتنميل وفرط حساسية من الضجيج. وقد منحته استشارة طبيب بيئي قبل سنة الأمل ثانية. فقد كان طبيب البيئة أول من قدم له تفسيراً ممكناً لشكاواه، حيث وضح له المواد المرهقة في السجاد والأثاث والهواء المحيط بالسيد بسام. عمله مرهق له لكنه يود العودة للعمل، إلا أنه لا يرى في السنوات القادمة أية إمكانية لأنه من المؤكد أن الشكاوى لن تتراجع بالدرجة الكافية.

تعليق: يحتل الحصول على نموذج التفسير الذاتي للمريض هنا أهمية خاصة في التشخيص، الذي يحمل مسؤولية مرضه للعوامل البيئية.

7- مظاهر خاصة بالمجموعات

7.1 الأطفال واليافعين

لا يبعث مستوى البحث فيما يتعلق بهذه المجموعة على الرضا أبداً. فحتى الآن يتم أخذ التشخيص لدى الأطفال واليافعين للاضطرابات جسدية الشكل المنفردة في الدي.أس.أم.DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 من مستوى الراشدين. وفي المراجعة الكبيرة التي قام بها غارالدا (Garalda, 1996) حول اضطرابات التجسيد لدى الأطفال يشير إلى أن الألم والتعب والدوار من الشكاوى الجسدية الشائعة لدى هذه المجموعة.

كما أن أوجاع أسفل البطن المزمنة لدى الأطفال اليافعين شائعة ومدروسة بشكل جيد. ووجد روبنسون والفيرس ودودج (Robinson, Alverez & Dodge, 1990) لدى مجموعة من الأطفال بآلام بطنيه متكررة بأن هؤلاء تمنوا المزيد من الاهتمام من الوالدين عندما كانوا مرضى أكثر من عينة المقارنة. كما أشار أهل هؤلاء الأطفال إلى وجود شكاوى جسدية أكثر من عينة المقارنة.

ودرس روث وإيرنست (Routh & Ernst, 1984) أمهات أطفال ويافعين بآلام أسفل البطن من الشكل الجسدي وقارنوها مع 20 طفل بأوجاع أسفل بطن مبرهنة طبياً. فقد كان نصف الأطفال بأوجاع وظيفية وطفل واحد فقط من المجموعة الأخرى يمتلكون قريباً أو أكثر (غالباً) أنثوي، يعاني من الاضطرابات جسدية الشكل. كما كان قسماً كبيراً من الأقارب كحولياً أو لديه سلوك لا اجتماعي أو سلوك إدمان أو يعاني من اضطراب نقص الانتباه.

وتشير دراسات أخرى إلى أنه لدى الأطفال باضطرابات جسدية الشكل توجد نماذج لسلوك المرض في الأسرة.

7.2 كبار السن

لم يحظ التجسيد لدى كبار السن كذلك بالاهتمام الكافي حتى الآن.

إذ ترتفع في سنوات العمر المتقدمة احتمالية الإصابة بمرض عضوي الأمر الذي يجعل من الصعب تشخيص الاضطرابات جسدية الشكل (Sheehan, Bass, Briggs & Jacoby, 2003).

وفي مراجعتهما حول التجسيد توصل شيهان وبانيرجي (Sheehan & Banerjee,1999) إلى نتيجة مفادها أننا لا نجد في غالبية الدراسات الجائحية ارتفاعاً للاضطرابات جسدية الشكل مع العمر. ويريا بأن سبب ذلك قد يرجع إلى ميل كبار السن إلى إخفاء شكاواهم الجسدية.

ولكن بمجرد قيام المرء بفحص الصفات المنفردة للاضطرابات جسدية الشكل بدلاً من فحص الاضطرابات النفسية، فسنجد ارتفاعاً ملحوظاً مع السن.

وقد توصل كل من بيرسون وبيكوفيس (1995) مقتبس عن سنايدر وستانلي (2001) إلى أن الأشخاص فوق 65 غالباً ما يقلقون على صحتهم في حين أن الشبان غالباً ما يقلقون على أسرهم ودخلهم.

وكذلك في الدراسة البرلينية للكبار أمكن الاستنتاج بالنسبة للأشخاص منذ سن 60 بأنه مع العمر المتقدم يزداد الانشغال بالصحة بشكل كبير (Mayer et al.,1996).

وفي دراسة سكانية ممثلة لهيسل وغاير وغونسلمان وشوماخر وبريلر (Hessel, Geyer, Gunzelmann, Schumacher & Braehler,2003) تم باستخدام SOMD-2 لدى 72٪ ممن هم فوق 60 سنة استخلاص وجود عرض واحد على الأقل جسدي الشكل، ولدى 24٪ ثماني أعراض. وبالمقارنة مع عنيت شابة ظهر أن العدد الأكبر من الأعراض جسدية الشكل يظهر بتكرار أكبر دال لصالح عينة الكبار. كما أظهرت الدراسة بأن الألم يمثل أكبر مجموعة من الأعراض، وهو نفسه أيضاً لدى العينة الأصغر. وقد أشار

كبار السن إلى وجود آلام مفاصل (44٪) وآلام ظهر (41٪) وألم في الأطراف (36٪). وعلى عكس النتائج في المجموعة الأصغر ذكر كبار السن شكاوى جسدية غير مفسرة.

8- خلاصة واستنتاجات

بالمقارنة مع غالبية الاضطرابات الأخرى فإن الدراسات والأدوات التشخيصية للاضطرابات جسدية الشكل مازالت محدودة. وتشير دراسات الانتشار إلى انتشار مدى الحياة يبلغ 12٪ لمجموعة الاضطرابات جسدية الشكل ومن ثم فإن هذه الصورة تعد من أكثر صور الاضطرابات انتشاراً في ألمانيا. ويؤمل بالنسبة للمستقبل أن تقترب منظومات التشخيص العالمية بتحديدها الصارم جداً لاضطرابات التجسيد من صورة التجلي الإكلينيكية لهذه المجموعة من الاضطرابات.

26- قياس الألم والتشخيص النفسي للألم

كريستيانا هيرمان و هيرتا فلور

Christiane Hermann & Herta Flor

1- ظواهرية الألم المزمن
2- قياس الألم
   2.1 القياس التجريبي للألم
   2.2 القياس الإكلينيكي للألم
3- التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم- مظاهر تصنيفية وقائمة على التعديل
   3.1 تاريخ المرض: مقابلة الألم ويوميات الألم
   3.2 تمثل الألم، ومواجهة الألم والاستجابات الانفعالية المتعلقة بالألم
   3.3 الأضرار المرتبطة بالألم ونوعية الحياة
   3.4 سلوك الألم والعوامل الإجرائية
   3.5 مستوى النشاط
   3.6 القابلية الفيزيونفسية للاستجابة
   3.7 الحالة العامة والاضطرابات النفسية
   3.8 بناء علاقة المعالج-المريض
   3.9 مظاهر خاصة : تشخيص الألم في الكبر
4- التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم في العيادة - مثال حالة
5- خلاصة واستنتاجات

1- ظواهرية الألم المزمن

تعرف الجمعية العالمية لدراسة الألم The International Association for the Study of Pain (اختصار IASP) الألم على أنه "خبرة مزعجة من الإحساس والمشاعر ترتبط بتضرر فعلي أو ممكن للأنسجة أو يتم وصفه بمفاهيم مثل هذا التضرر" (Merskey, 1986). وبهذا فإن الخبرة الذاتية تمثل المركب الأساسي لخبرة الألم. وكما يوضح المثال المعروض حول السيدة فاتن، فإن قياس الخبرة الذاتية للألم لوحدها غير كافية نظراً لتعقد مشكلة الألم المزمن وقلما تتيح نقاط استناد للتدخلات العلاجية النفسية. وعلى عكس الألم المزمن فعلى عكس الألم الحاد فإن الألم المزمن، أي الألم الذي يمتد لفترة ستة أشهر، فإنه عادة ما يكون من الصعب تحديد موضعه ويظهر على الرغم من التدخل بصورة متكررة أو حتى بشكل مستمر وغالباً ما لا يمكن إرجاعه بشكل مباشر إلى مرض عضوي. كما يترافق الألم المزمن مع مشاعر قلة الحيلة والاكتئاب والقلق وسرعة الاستثارة [العصبية] (على سبيل المثال Banks & Kerns,1996). وكما تظهر الدراسات الجائحية على مستوى العالم تبلغ نسبة انتشار الألم المزمن (كالصداع وآلام الظهر، والآلام في مجال العمود الفقري كله وآلام العضلات على سبيل المثال) حوالي 30٪. وتمس مشكلات الألم الشديدة الأذى حوالي 11٪ من السكان عموماً (Harstall & Ospina, 2003).

مثال حالة:

تبلغ السيدة فاتن 45 من العمر. تم تحويلها لعلاج الألم من طبيب العظمية الذي يعالجها بسبب آلام مزمنة في الظهر التي تعانينها منذ حوالي عشر سنوات إلى العيادة الخارجية البين تخصصية للألم. كانت الآلام بداية مقتصرة على مجال الكتف إلا أنها امتدت في مجرى السنين لتشمل مجال العمود الفقري كله. تعمل السيدة فاتن محاسبة إلا أنها منذ أكثر من ستة أشهر لم تعد قادرة على العمل. وبما أن الأدوية المتنوعة والعلاج الفيزيائي والمساجات لمك تحقق النجاح المرغوب فقد أصيبت باليأس. إنها تشعر أن الألم يحدد مسار حياتها. أما اقتراح إجراء علاج نفسي للألم فقد نظرت إليه نظرة شك كبيرة.

وإلى جانب قياس الألم بالمعنى الضيق فإن التشخيص النفسي للألم يهدف إلى فهم الخبرة والسلوك المرتبطان بخبرة الألم ضمن السياق النفسي الاجتماعي واشتقاق إجراءات علاجية ملائمة واختبار فاعلية هذه الإجراءات.

2-قياس الألم

بداية لابد من التمييز بين القياس التجريبي والإكلينيكي للألم. فمجال القياس التجريبي للألم هو إنتاج الألم من خلال تطبيق المنبهات المؤلمة application nociceptive Stimuli(كالليزر أو المنبهات الكهربائية أو الآلية أو الحرارية على سبيل المثال) بهدف تفسير آليات الألم وعدم الألم Pain- and analgesia mechanisms. أما القياس الإكلينيكي للألم فيهتم بتكميم ووصف خبرات الألم غير المولدة بشكل هادف.

2.1 القياس التجريبي للألم

المبدأ الأساسي للقياس التجريبي للألم هو تعلق القياس بالمثير (أو المنبه)، أي يتم تحديد أو قياس الاستجابة على منبه مؤلم (ضار nociceptive Stimuli). ويتم التفريق بين القياس الذاتي للألم (الألمّترية[1] Algesimetry) الذي يتم فيه قياس الإحساس الذاتي الناتج عن منبه ما، وبين القياس الموضوعي للآلام (الألمّتري الموضوعي) الذي يتم فيه قياس الاستجابات الفيزيولوجية (العصبية) الناتجة عن منبه ما.

أما أهم الطرق للألمترية الموضوعية فهي الأدوات الفيزيولوجية الكهربائية من نحو التخطيط العصبي الدقيق Micro neurographia (أي قياس نشاطات الألياف العصبية المحيطية المؤلمة) وقياس تنشيط مناطق معينة من الدماغ عند التنبيهات المؤلمة

---

(1) Algesia: تعني ألم، metry تعني قياس: الألمترية تعني قياس الألم (كما هو الحال في استخدامنا لمصطلح السيكومتري: القياس النفسي).

بوساطة الطاقة المستثارة[1] أو الأساليب التصويرية. (Flor,2001) وقياس عتبة المنبه لاستثارة منعكسات الألم ("منعكس السحب"). وكل هذه الأدوات تفيد في النهاية في توضيح الآليات الأساسية أو المتعلقة بالاضطراب أو كليهما لتمثل الألم، إلا أن قدرتها التنبؤية محدودة جداً في الغالب، وبشكل خاص من منظور اتخاذ إجراءات علاجية للألم.

وتعد أدوات الألم الذاتي الألمّترية أكبر مجموعة من طرق القياس الفيزيونفسي التي تهتم بالعلاقة بين الصفات الفيزيائية لمنبه ما والإحساس الذاتي. ومن أهمها هنا الطرق المختلفة لتحديد عتبة الألم، أي أقل شدة من المنبه أو المثير التي يتم إدراكها على أنها ألم (Flor & Hermann,1999). وفي السنوات الأخيرة اكتسب التحديد المنهجي لعتبة الإدراك والألم بالنسبة لأنواع مختلفة من المثيرات، كالمثيرات الحرارية أو الآلية على سبيل المثال التي يجمعها المرء تحت مفهوم الاختبار الحسي الكمي Quantitative sensuous Testing، وبشكل خاص عند وجود شك بوجود ألم مرضي عصبي، أي آلام ناتجة عن التضرر المباشر للأعصاب، المرتبطة باضطرابات إحساس وحساسية نموذجية (Hermann & Flor,2004). كما توجد أيضاً أدوات فيزيونفسية لقياس شدة الألم من نحو مقارنة التدرجات modality comparison. إلا أنه بسبب التكلفة العالية للقياس فإنه يتم حتى الآن في سياق البحث الاقتصار (تقريباً) على استخدام الأدوات الألمترية.

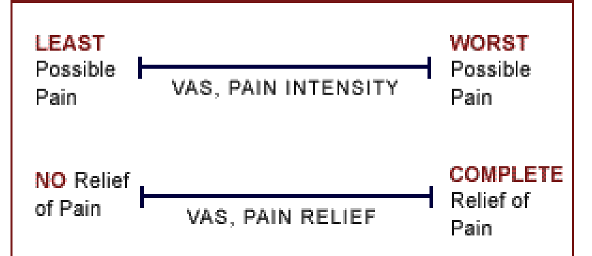
---

(1) Evocate Potential

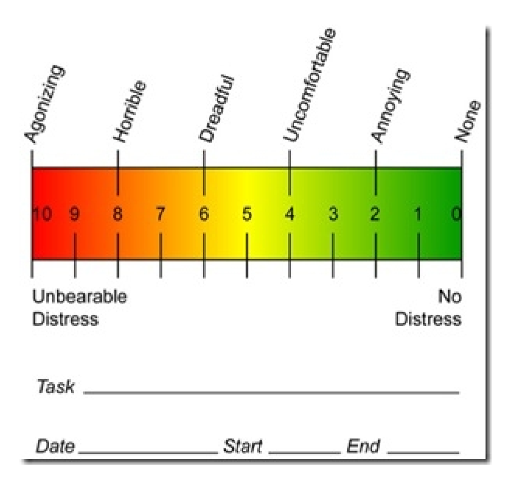
2.2 القياس الإكلينيكي للألم

2.2.1شدة الألم

Pain Intensity Category Scale (4 pt)		Pain Intensity Category Scale (5 pt)	
Severe	3	Complete	4
Moderate	2	Lots	3
Mild	1	Moderate	2
None	0	Slight	1
		None	0



لقياس الشدة الشخصية للألم[1] يتم بالدرجة الأولى استخدام مقاييس التماثل البصري[2] (اختصار VAS). ومقاييس تقدير الرقمية[3] (اختصار NRS) ومقاييس تقدير لفظية (اختصار VRS)[4]. وفي مقاييس التماثل البصري يتم عادة تقديم خط طوله حوالي 10 سم بنهاية محددة (على سبيل المثال لا يوجد ألم – ألم أشد، أشد ألم يمكن تصوره/ متطرف)، ويقوم المريض بتعليم شدة الألم. ويتم قياس شدة الألم من خلال قياس مقدار المسافة بين النقطة النهائية و العلامة التي وضعها المريض. ومن أجل تجنب القياس المكلف توجد في الوقت الراهن "مفاتيح ألم" يقوم المريض فيها بتقدير شدة الألم الشخصي من خلال إزاحة الخط، أو تدوير المؤشر،



(1) Subjective Pain intensity
(2) visual analogous Scale
(3) Numeric Rating Scale
(4) الصور مضافة من المترجم.

ويستطيع الفاحص على الوجه الآخر قراءة شدة الألم بالمليمتر. وهناك شكل آخر للمقاييس يتم فيها تقدير شدة الألم من خلال تغيير شدة اللون (اللون الأحمر على سبيل المثال). وقد أثبتت مقاييس التشابه البصري على أنها أدوات ثابتة وصادقة لتكميم الألم الإكلينيكي والتجريبي (Price, Mc Grath, Rafii & Buckingham, 1983). ويمكن اعتبار مقاييس التماثل البصري على أنها إحدى متغيرات طرق المقارنة يتم فيها تصوير الشدة الذاتية للألم في طول خط ما. وطبقاً لذلك فإن مقاييس التماثل البصري تمتلك خاصية مقياس نسبة، أي أنه يمكن تفسير التغيرات المئوية لشدة الألم (Price, Bush, Long & Harkins, 1994). وتتألف مقاييس التقدير الرقمي كذلك من مقياس يتضمن نقطة انتهاء محددة مسبقاً (لا يوجد ألم - ألم أقصى يمكن تصوره على سبيل المثال)، إلا أن المقياس مقسم إلى درجات تضم قيماً رقمية. ومن المقاييس المفضلة جداً التدريج من صفر حتى مائة. إلا أنه ليس بالضرورة للرقم المعطى على المقياس أن يتطابق مع تدريج الرقم المستخدم من قبل المريض بالفعل. فإذا تم تقديم مقياس بين الصفر والمائة على سبيل المثال، فإن التقديرات تعكس تمييزاً على مسافات خماسية أو عشرية لكنها لا تعطي مسافات أحادية. وطبقاً لذلك فإن المقياس الرقمي المتضمن 11 تدريجة أو 21 تدريجة (من صفر إلى عشرة أو من صفر إلى عشرين) ليس أقل دقة من مقياس بين صفر ومائة (Jensen, Turner & Romano, 1994).

وأخيراً تتألف مقاييس التقدير اللفظية من سلسلة من الصفات تعكس شدات مختلفة للألم. وعند التقويم يتم إعطاء هذه الصفات المختلفة قيماً عددية مطابقة (مثال: صفر= لا يوجد، 1= ضئيل، 2=متوسط، 3= قوي، 4=شديد جداً). وتختلف مقاييس التقدير اللفظي عن مقاييس التقدير الرقمي و مقاييس التماثل البصري بأنها لا تتيح في الغالب إلا إجراء تفريق عام بين الشدات المختلفة للألم، لأنها في الغالب لا تتضمن أكثر من خمسة درجات. بالإضافة إلى أن تدريج الشدة في غالبية المقاييس اللفظية غير متساو، بحيث أن التفريق أو النسبة بين الشدات المختلفة للألم غير قابلة للتفسير. أما ميزة مقاييس التقدير اللفظي فتكمن في سهولة فهمها. فكبار السن أو الأشخاص

الذين يعانون من قصور معرفي يجدون صعوبات أقل في التعامل مع مقاييس التقدير اللفظي مقارنة بالمقاييس الأخرى ويفضلون مثل هذه الأنواع من المقاييس (Gagliese, 2001).

ومن أجل تكميم شدة الألم وبشكل خاص لدى الأطفال توجد سلسلة من الأدوات. فقد تم تطوير مقاييس مختلفة لسن الرضع والأطفال الصغار حتى سن 3 سنوات مثل مقياس الألم لمستشفى أطفال شرق أونتاريو Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (اختصار CHEOPS) (McGrath et al., 1985) أو مقياس الضيق والألم الطفولي (Buettner & Finke, 2000)، الذي يمكن من خلال الملاحظة الخارجية للتعابير السلوكية المختلفة كالبكاء وعدم الهدوء الحركي وتعبير الوجه على سبيل المثال إجراء تقدير كمي لشدة الألم. وقد تم اختبار صلاحية الأدوات المنفردة بالنسبة لقياس الألم في مواقف محددة، كبعد العملية على سبيل المثال، أو لقياس الألم في جمهور خاص كالمواليد الجدد أو المواليد قبل الأوان ، وهو أمر لابد أخذه بعين الاعتبار عند اختيار الأداة الملائمة. وبالنسبة للأطفال الأكبر توجد الأشكال المختلفة من مقاييس التقدير البصري كمقياس شدة الألم الملون (McGrath et al., 1996)، وكذلك المقاييس متعددة الدرجات المختلفة لقياس شدة الألم، التي إما أن تتكون من سلسلة من الوجوه التصويرية أو الحقيقية، تصور الشدات المختلفة للألم (مثال Bieri, Reeve, Chamion, Addicoat & Ziegler, 1990; McGrath et al., 1996). وعلى أية حال يمكن للأطفال بين سن السابعة والثامنة استخدم مقاييس التقدير الرقمي المستخدمة لدى الراشدين من دون أية مشكلات.

2.2.2 نوعية الألم

يعد التمييز بين مركب حسي-تفريقي للإحساس بالألم و مركب انفعالي صادق Validateبشكل جيد. فإذا كانت النوعية الحسية للألم sensorial Pain Quality أقرب لأن تعطينا معلومة حول الآليات النشوئية المرضية pathogenesis ومن ثم فهي على

درجة كبيرة من الأهمية التشخيصية التفريقية (كالشقيقة مقابل الصداع التوتري على سبيل المثال)، فإن النوعية الانفعالية تعكس المعاناة الشخصية. ويعد مقياس مَك غِل للألم McGill' Pain Questionnaire (اختصار MPQ; Melzack,1975) من أكثر الأدوات انتشاراً على مستوى العالم لقياس الأبعاد المتعددة للإحساس بالألم.

أما قائمة هامبورغ لصفات الألم Hamburger Schmerzadjectivliste (اختصار HSAL) (Hoppe,1991) ومقياس الإحساس بالألم Schmerzempfinfungsskala (اختصار SES) (Geisner, 1992) فقد تم تطويرهما بشكل خاص للمحيط الناطق بالألمانية ومختبرتان بشكل جيد لتحديد نوعية الألم. وتتضمن كلتا الأداتين مقاييس لقياس المركبات الحسية والانفعالية للألم مع العلم أنه لم يتم تحديد انتماء المقاييس لصفات الألم المنفردة بشكل مسبق وإنما تم الحصول عليه إمبيريقياً من خلال التحليل العاملي. وتشمل قائمة هامبورغ لصفات الألم 37 بنداً تقيس مقياسين للألم الانفعالي (المعاناة من الألم؛ الخوف من الألم) ومقياسين للإحساس بالألم (حدة الألم، إيقاع الألم). أما مقياس الإحساس بالألم فيتضمن ثلاثة مقاييس لقياس نوعية الألم الحسي (الإيقاع، العمق الموضعي، الحرارة) ومقياسين للنوعية الانفعالية للألم (انفعالية عامة General Affectivity، وعناد الألم inveteracy)، يشمل كل منها بين الثلاثة إلى الثمانية بنود. ومهمة المريض أن يقوم بتقييم مدى انطباق عبارة معينة على خبرته الذاتية للألم ("أحس أن ألمي معذباً"). وفي الصيغة المعيارية يقيس كلا المقياسين نوعية الألم عموماً. ولكن عند إجراء تعجيل طفيف فإنه يمكن تحديد نوعية الألم في وقت محدد أو للتمييز بين الأعراض المختلفة للألم. ومقياس الإحساس بالألم حساس للتعديل ومن ثم فهو يناسب لضبط المجرى في الإجراءات العلاجية للألم.

3- التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم-مظاهر تصنيفية وقائمة على التعديل

من أجل التشخيص الفاعل للألم فإن الاعتماد على النماذج التي تفسر تطور واستمرارية الألم المزمن يعد شرطاً مهماً.

ينطلق النموذج النفسي البيولوجي للألم المزمن الذي تمت صياغته بشكل خاص استناداً إلى آلام الجهاز العظمي العضلي، كآلام الظهر والصداع وآلام الفك والتورمات الليفية غير الخبيئة في الجلد والروماتيزم، من أن الألم المزمن ينشأ من خلال تفاعل عوامل استعداديه مسبقة وعوامل محرضة ويستمر من خلال عوامل تعلم (عرض تفصيليي لدى (Flor &Hermann,1999). ويشمل الألم هنا مستويات السلوك اللفظية-الشخصية (أي الأفكار والتصورات والقناعات) و السلوكية-الحركية (أي السلوك الملحوظ) والعضوية-الفيزيولوجية، والتي ينبغي أخذها بعين الاعتبار في شكل تشخيص متعدد الأبعاد. وطبقاً للنموذج البيولوجي النفسي تحظى القابلية الفيزيونفسية الخاصة بالعرض للاستجابة بأهمية خاصة ، ويقصد هنا الميل عند وجود للاستجابة بفرط نشاط في منظومات أو مناطق معينة من الجسم (عضلات الظهر على سبيل المثال) وذلك عند وجود إرهاق أو ضغط. وفرط القابلية الفيزيونفسية الخاصة بالعضو للاستجابة هذه تتطور انطلاقاً من عوامل الاستعدادات المسبقة من نحو عتبة التنشيط المنخفضة الموروثة أو المكتسبة (من خلال خبرات الألم المبكرة أو التعلم الاجتماعي على سبيل المثال) عند وجود منبهات منفرة (مؤذية أو حتى غير مؤذية). ويترافق التنشيط المتكرر لمنظومة جسدية معينة (لعضلات الظهر على سبيل المثال) مع تغيرات فيزيولوجية مطابقة كالحساسية المرتفعة لمستقبلات الألم وكذلك مع تطوير لذاكرة الألم على المستوى العصبوني والعمليات النفسية (كالاستجابات الانفعالية، التقييم الشخصي على سبيل المثال) ويستقر في النهاية في مشكلة ألم مزمن. وبناء على التفاعل بين العوامل النفسية والفيزيولوجية يفترض أن القابلية المرتفعة للاستجابة الملحوظة في مجرى تطور مشكلة ألم مزمن تصبح مستقلة عن السبب الأساسي للألم.

والعوامل المقيتة هي عبارة عن منبهات داخلية من النوع المؤذي أو حتى غير المؤذي (كالإرهاق أو الضغط Stress على سبيل المثال) وعمليات التقييم والتمثل الاستعرافية المرافقة. وعليه فقد تم مراراً برهان أن التقييم الكارثي، للألم و ارتفاع التركيز على الأحاسيس الجسدية و المشاعر الذاتية بقلة الحيلة والخوف من الألم يسهم بحصول مجرى غير ملائم أبداً للمرض. وغالباً ما تتشكل الحلقة المفرغة بين التوتر الجسدي (على أساس فرط القابلية العضلية للاستجابة في المناطق الجسمية المعنية) والألم والإرهاق (الضغط).

وتحتل عمليات التعلم أهمية حاسمة بالنسبة لاستمرارية مشكلة الألم. فالإشراط التقليدي على سبيل المثال يقود إلى أنه من خلال خبرات مطابقة ترتبط مواقف معينة (مواقف ضغط على سبيل المثال)، ولكن أيضاً حركات معينة مع الألم وتصبح في مجرى الوقت متوقعة، بمعنى القوالب التكرارية من الاستجابة الفيزيونفسية لتنشيط المنظومة أو المنطقة المعنية من الجسد ويحصل توقع مشحون بالقلق للألم، يترافق من جهته بتنشيط واضح للجهاز العصبي المستقل وللجهاز العظمي-العضلي أيضاً.

إلا أنه يتم تعديل الألم وسلوك الألم بشكل خاص والحفاظ على استمراريته من خلال ظروف التعزيز الإجرائي أيضاً، (Fordyce, 1976). فالتعزيز الإيجابي (اهتمام الشريك على سبيل المثال) أو السلبي (تجنب النشاطات غير المرغوبة على سبيل المثال) لسلوك الألم أو نقص تعزيز السلوك الصحي (عدم الاهتمام عند وجود سلوك فاعل في مواجهة الألم على سبيل المثال) يقود إلى سلوك ألم متزايد (Romano et al., 1995). و بهذا فإن المرضى يقيدون نشاطاتهم باطراد ويمكن أن تنشأ مشكلات جسدية ثانوية كالشد العضلي والجمود، تحافظ على استمرارية الألم أو حتى تزيده سوءاً.

وبغض النظر عن الأسباب الجسدية والآليات المرضية التي لابد من إجراء تشخيص جسدي لها في إطار التشخيص الإكلينيكي للألم فإنه لا يمكن فهم الألم المزمن بصورة كافية ومعالجته من دون مراعاة السياق النفسي الاجتماعي والعوامل النفسية

كموارد المواجهة وأنماط السلوك المتعلقة بالألم. وقياس الألم لوحده لا يتيح إلا الحصول على معلومات محدودة جداً حول الأهمية التي يمتلكها الألم في حياة المعني وما هي الأضرار المرتبطة بذالك.

أما التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم فإنه يتيح إلى جانب التحليل الفردي للسلوك تصنيف الأشخاص الذين يعانون من ألم مزمن ضمن مجموعات مختلفة. وبناء على البيانات التي نحصل عليها من قائمة الألم المتعدد الأبعاد Multidimensional Pain Inventory (اختصار MPI أنظر أدناه) (Flor et al., 1990) فإنه يمكن دائماً تشكيل ثلاثة مجموعات فرعية من مرضى الألم - بغض النظر عن نوع مشكلة الألم (Turk & Rudy, 1988; Turk et al., 1996). وتضم المجموعة الأولى مرضى الألم المتكيفين جيداً (حوالي 30٪ من المرضى)، وتعطي شدة أقرب للمنخفضة للألم والقليل من القابلية للضغط ودرجة عالية من التحكم الذاتي بالحياة. أما أشخاص المجموعة الثانية فهي مجموعة المرضى المختلة وظيفياً (المعطوبة وظيفياً) (بين 30-50٪ من المرضى) فتشير إلى وجود ألم شديد وتعكر مزاجي انفعالي واضح والقليل من التحكم المعاش ذاتياً بحياتهم ويتم تعزيزهم بوضوح في سلوك الألم لديهم. وتتكون المجموعة الثالثة من مرضى مرهقين بين شخصياً (حوالي 20٪-30٪)، فتشعر بأنها لا تحظى بالدعم الاجتماعي الكبير وهي أقرب للمكتئبة وتعيش درجة عالية من الاستجابات السلبية من مجموعتها المرجعية. كما حددت فلور (1991) مجموعة فرعية أخرى من مرضى الألم المزمن تتصف بقابلية فيزيونفسية عالية واضحة للضغط، كالتوتر العضلي المرتفع جداً عند وجود ضغط على سبيل المثال (تفاصيل في الفقرة 3.7). وكما أظهرت الدراسات الأولى (تورك وآخرين، 1998) فإن مثل هذا التصنيف يتيح التنبؤ بنجاح العلاج ولابد من أخذه بعين الاعتبار عن التخطيط للعلاج الملائم.

ويرتبط التشخيص القائم على التعديل مع المظهر التصنيفي للتشخيص النفسي الإكلينيكي بشكل وثيق. فعلى خلفية نموذج الألم البيونفسي يمكن من خلال نتائج

التشخيص النفسي الإكلينيكي استخلاص استنتاجات مباشرة للتدخلات العلاجية الهادفة. كما أنه من يمكن من جهة أخرى تدقيق تشخيص المجرى النفسي الإكلينيكي من خلال التغيرات المستثارة بالعلاج.

ويعرض جدول (1) الأدوات الإكلينيكية لتشخيص الألم بالإضافة إلى أهم المجالات والمظاهر للتشخيص النفسي الإكلينيكي للألم والأدوات والأساليب الشائعة والتي سوف نقوم بعرضها فيما بعد بتفصيل.

جدول (1) تشخيص الألم متعدد الأبعاد - عرض لأهم المظاهر والأدوات الشائعة في المحيط الألماني

المجال	المظاهر	الأدوات التشخيصية
تاريخ الألم	• موضعة الألم • تطور مشكلة الألم • تناول الأدوية • وما يشبه ذلك	• استبيان الألم • مقابلة الألم شبه المبنية
شدة الألم	• شدة الألم (الوقت/ المدة حسب المعطى) • شدة الألم (عام)	• مقاييس التناظر البصري • مقاييس التقدير الرقمي • مقاييس التقدير اللفظي • استبيان الألم متعدد الأبعاد (الجزء الأول) (فلور وآخرين، 1990، للأطفال: استبيان خبرة الألم: هيرمان وآخرين، 2007).
نوعية الألم	• المركبات الحسية التمييزية • المركبات الوجدانية للألم	• مقياس الإحساس بالألم (غايسنر، 1992) • قائمة هامبورغ لصفات الألم (هوبه، 1991)
نمط ظهور الألم	• تكرار الألم والشدة في المجرى الزمني	• دفتر يوميات الألم

المجال	المظاهر	الأدوات التشخيصية
	• العوامل الممكنة المثيرة للألم (كالضغط مثلاً)	
تمثل الألم، مواجهة الألم	• الاستعرافات المعطوبة والتكيفية المتعلقة بالألم • الاستراتيجيات الاستعرافية والسلوكية المتعلقة بمواجهة الألم • الخوف من الألم أو من النشاطات الجسدية (وبشكل خاص في ألم الظهر)	• استبيان لقياس التعليمات الذاتية المتعلقة بالألم (فلور، 1991) • للأطفال: استبيان قياس الاستعرافات المتعلقة بالألم (هيرمان وآخرين، 2007) • استبيان لقياس تمثل الألم (غايسنر، 2001) • استخبار قناعات الخوف-التجنب Fear- avoidance-Beliefs-Questionnaire (النسخة الألمانية بفنغستن وآخرين، 2001).
الاستجابات الوجدانية المتعلقة بالألم	• التعكر المزاجي الانفعالي المرتبط بالألم • استبيان لقياس تمثل الألم (غايسنر، 2001)	• استبيان الألم متعدد الأبعاد (الجزء الأول) (فلور وآخرين، 1990، للأطفال: استبيان خبرة الألم: هيرمان وآخرين، 2007). • التمثل الانفعالي المرتبط بالألم (قلة الحيلة، القلق، الغضب)
الأضرار الناجمة عن الألم/ التكيف النفسي الاجتماعي	• الأضرار الناجمة عن الألم في الحياة اليومية • التحكم الذاتي بالحياة • الدعم الاجتماعي المدرك ذاتياً • تقدير الإعاقة المرتبطة بالألم	• استبيان الألم متعدد الأبعاد (الجزء الأول) (فلور وآخرين، 1990، للأطفال: استبيان خبرة الألم: هيرمان وآخرين، 2007). • دليل إعاقة الألم (Pain Disability Index; Dillmann et al.,2007a)

المجال	المظاهر	الأدوات التشخيصية
	• شدة مشكلة الألم	• مقياس لتحديد درجة شدة الألم المزمن (كرلاوف وآخرين، 1992)
سلوك الألم	• السلوك اللفظي وغير اللفظي للألم في أثناء اختبار سلوكي (مثال: تنفيذ عمل جسدي) أو مواقف طبيعية (جلسة مع المعالج مثلاً)	• مقياس توبنغن لقياس سلوك الألم (فلور، 1991).
عوامل إجرائية	• سلوك الشريك (مهتم، مشتت، معاقب-ناكر)	• تقارير ذاتية لمرضى الألم: استبيان الألم متعدد الأبعاد (الجزء الثاني) (فلور وآخرين، 1990) • رؤية الشريك: استبيان الألم متعدد الأبعاد (نسخة الشريك)
مستوى النشاط	• النشاط في البيت، النشاطات الخارجية والاجتماعية • النشاطات اليومية	• استبيان الألم متعدد الأبعاد (الجزء الثالث) (فلور وآخرين، 1990) • دفتر يوميات ألألم
القابلية الفيزيونفسية الخاصة بالألم للاستجابة	• التوتر العضلي المرتفع في الهدوء أو الإرهاق أو كليهما (بشكل خاص عند الألم في مجال الجهاز العظمي العضلي)	• توصيلات متعددة الأقنية لمؤشرات فيزيولوجية محيطية في الهدوء أو عند استثارة الضغط

3.1 التاريخ المرضي: مقابلة الألم ودفتر يوميات الألم

تمثل مقابلة الألم العنصر الأساسي لتشخيص الألم. وفي المقابلة لابد من الحصول على معلومات حول المظاهر التالية:

أ - مشكلة الألم ومجراه (المعالجة حتى الآن، الأدوية على سبيل المثال)؛

ب- التموضع (من خلال تعليم المنطقة المعنية من الجسم في رسم ألم الجسم على سبيل المثال)، مدة وشدة وتكرارا الألم؛

ج- العوامل المثيرة للألم؛

د- الظروف المقوية للألم وعواقب الألم؛

هـ- سلوك التجنب؛

و- المشكلات الإضافية كالاختلاطية النفسية المرضية على سبيل المثال ؛

ز- المجالات الخاصة من المشكلات

ح- بيانات حول الوضع الاجتماعي، التأهيل، حول وضع العمل وحول القدرة على العمل/ التقاعد) (Flor, 1991; Nigles & Wichmann-Dorn,1992).

وكبديل للمقابلة يمكن الحصول على هذه المعلومات أيضاً من خلال استبيان معير من نحو الاستبيان الذي قدمته الجمعية الألمانية لدراسة الألم[1] (Nagel et al.,2002).

ويعد دفتر يوميات الألم مصدر مهم ومكمل للمعلومات[2] (Milges &

---

(1) يمكن سحب استبيان الألم من www.dgss.org/neu/schmerzfragebogen.asp

(2) يمكن تنزيل دفاتر يوميات الألم (وبشكل خاص للصداع) من صفحة مركز ماينز للألم www.drk-schmerz-zentrum.de أو من مستشفى الألم في كميل www.schmerzklinik.de. ودفتر يوميات الصداع الخاص بالأطفال موجود لدى Denke & Kroener-Herwig (2000)

(Wichmann-Dorn,1992)() يتضمن تسجيل تكرار ومدة وشدة الألم عبر فترة زمنية. وفي الألم المستمر من المفيد استخدام دفتر اليوميات في أوقات محددة (صباحاً وظهراً ومساء على سبيل المثال) لتسجيل التكرار والشدة. كما يمكن استكمالاً الاستفسار عن النشاطات الجسدية وتناول الأدوية والمزاج والأحداث المرهقة ..الخ من أجل الحصول على العوامل المثيرة للألم والمحافظة على استمراريته.

3.2 تمثل الألم ومواجهته والاستجابات الانفعالية المتعلقة بالألم

القناعات الشخصية فيما يتعلق بأسباب الألم وقابلية التأثير على الألم والتقييمات الشخصية لأهمية الألم بالنسبة للحياة الشخصية والاستجابات الانفعالية المتعلقة بالألم وسلوك المواجهة الفردي للألم تجعل خبرة الألم متنوعة ويعتقد أنها تحدد العواقب الاجتماعية النفسية لمرض الألم. ويقيس استبيان قياس التعليمات الذاتية المتعلقة بالألم (فلور، 1991) بمقاييس التضخيم الكارثي (مثال: "أنا حالة ميئوس منها") والمواجهة الفعالة (مثال: "أستطيع مساعدة نفسي بنفسي") بعدان أساسيان من التقييم الاستعرافي للآلام. وقد أظهر التقويم السيكومتري صدقاً وثباتاً عالياً وحساسية للتعديل. وفي المحيط الناطق بالإنجليزية قد يكون مقياس كرثنة الألم Pain Catastrophizing Scale لسوليفان وبشوب (Sullivan & Bishop,1995) من أوسع الأدوات انتشاراً لقياس الاستعرافات السلبية القائمة على الألم. ويقيس المقياس بمقاييسه الفرعية ثلاثة مظاهر للكرثنة القائمة على الآلام: تضخيم الألم وقلة الحيلة والانشغال الفكري (الاجترار الفكري rumination) بالألم. ولا توجد نسخة ألمانية مختبرة من هذا المقياس في الوقت الراهن، إلا أنه حسب علمنا تحت الإعداد. ومنذ وقت قصير يوجد مقياس خاص بالأطفال لقياس الاستعرافات المتعلقة بالألم لهيرمان وآخرين، (2007). ويشمل 13 بنداً موزعة على العوامل "تشجيع الذات"، "حل المشكلة"، "الكرثنة". وهذه العوامل تم الحصول عليها بالتحليل العاملي. وتتمتع المقاييس الثلاثة باتساق داخلي جيد، والنتائج الأولى حول الصدق واعدة جداً.

ومن أجل وصف ذخيرة مواجهة الألم طور غايسنر (2001) مقياس تمثل الآلام. ويتكون المقياس من مجموع المقاييس التي تشكل الأبعاد الأساسية لمواجهة الألم. وتشمل المواجهة الاستعرافية للألم مقاييس كفاءة التصرف وإعادة البناء المعرفي وخبرة الكفاءة. ويتضمن مقياس المواجهة السلوكية للألم مقاييس الإلهاء الذهني والأنشطة ذات التوجيه العكسي وتقنيات الهدوء والاسترخاء. وتشمل الاستجابة الوجدانية القائمة على الألم كبعد أساسي ثالث على مقاييس قلة الحيلة المرتبطة بالألم والاكتئاب والقلق المرتبط بالألم والغضب المرتبط بالألم. والمقياس مختبر بشكل جيد جداً من الناحية السيكومترية. وتتوفر له قيم معيارية، بحيث يمكن إجراء تفسير مرجع إلى معيار لوضع المريض. بالإضافة إلى ذلك فإن المقياس الفرعي من استبيان القلق متعدد الأبعاد مفيد لتقدير التعكر الانفعالي للمزاج المتعلق بالألم بشكل جيد جداً (فلور وآخرين، 1990).

وبشكل خاص في ألم جهاز الحركة وبشكل خاص آلام الظهر لابد من أخذ القناعات غير الملائمة فيما يتعلق بالعلاقة بين الضغط والألم بعين الاعتبار، لأن هذه تترافق مع سلوك دائم من تجنب الحركة وبالتالي تؤثر بشكل منمي للألم. ويتوفر ما يسمى استخبار قناعات الخوف–التجنب Fear- avoidance-Beliefs-Questionnaire في نسخة ألمانية موثوقة بشكل مقبول . وهو يحتوي على ثلاثة مقاييس فرعية تقيس القناعات الذاتية المتمثلة بأن الضغوطات المهنية هي سبب الألم (المقياس 1) و أن النشاطات الجسدية ترتبط مع الألم (المقياس 2) و يستخدم المقياس الثالث لقياس التنبؤ الذاتي فيما يتعلق القدرة اللاحقة على ممارسة المهنة. وبرهن المقياس نفسه في الدراسات الأولى على أنه حساس للتعديل ويبدو أنه يمتلك صدقاً تنبؤياً فيما يتعلق بالتنبؤ بالعودة اللاحقة للعمل.

3.3 الأضرار الناجمة عن الألم ونوعية الحياة

مقياس الألم متعدد الأبعاد MPI من أوسع الأدوات انتشاراً لقياس الظواهر المرافقة للألم المزمن. وقد عيرت فلور وآخرين (1990) الصيغة الألمانية. كما تتوفر نسخة للتقييم الخارجي (تقييم الآخر) من قبل أشخاص المحيط المرجعي. ويتكون مقياس الألم

متعدد الأبعاد من ثلاثة أجزاء تتضمن 13 مقياساً فرعياً. ويشمل الجزء الأول على شدة الألم الشخصية وتعكر المزاج الانفعالي المرتبط بالألم، والأضرار في مجالات مهمة من الحياة والمقدار المدرك ذاتياً من التحكم بالحياة اليومية الخاصة والدعم الاجتماعي المعاش. ويقيس الجزء الثاني الاستجابات المتعلقة بالألم لأشخاص مرجعيين مهمين (أنظر الفقرة 34) والجزء الثالث مستوى النشاط العام وهو مناسب جداً لطرح الدلائل Indication المتعلقة بإجراءات نفسية-علاجية متعلقة بالألم، حيث يمكن أن يتم عمل بروفيل خاص لكل مريض للأضرار الناجمة عن الألم وللعوامل المحافظة على الاستمرارية.

وقد تم تطوير استبيان خبرة الألم للأطفال واليافعين خصوصاً للأطفال والمراهقين يقوم على الجزء الأول من مقياس الألم المتعدد الأبعاد. ويتضمن مقياس خبرة الألم للأطفال واليافعين مقاييس شدة الألم مقياس شدة الألم والتعكر الانفعالي والأضرار المعاشة في مجال المدرسة ووقت الفراغ والأسرة والأنشطة الاجتماعية والدعم الاجتماعي المعاش ذاتياً (Hermann et al.,2007). وقد أكدت التقويمات الأولية للمقياس البنية المفترضة للمقياس وأظهرت صلاحية المقياس.

ويتيح دليل إعاقة الألم (Pain Disability Index (Dillmann et al.,2007a إجراء تقدير ذاتي وخارجي عام للتقييدات المرتبطة بالألم، حيث يتم على مقياس متدرج من صفر إلى عشرة تقدير سبعة مجالات من الحياة (الأسرة والواجبات المنزلية والنشاطات الاجتماعية والمهنة والحياة الجنسية ورعاية الذات والأعمال الحياتية الضرورية).

أما شدة ومدى إزمان مشكلة الألم المزمن فيتم تقديرها باستخدام مقياس طوره كروف وآخرين (Krof et al.,1992). فاستناداً إلى التقدير الشخصي للمرضى لشدة الألم والإعاقة المرتبطة بالآلام في الحياة اليومية والعمل وإلى بيانات حول أوقات نوبات الألم يتم تقدير أربع درجات من الشدة تختلف عن بعضها بوضوح فيما يتعلق بالتنبؤ بالمجرى اللاحق للمرض: الشدة المنخفضة- إعاقة خفيفة (المرحلة 1)، شدة مرتفعة،

إعاقة منخفضة (المرحلة 2)، شدة عالية، إعاقة معتدلة (المرحلة الثالثة)، شدة قوية، إعاقة قوية (المرحلة 4).

ويتم بشكل خاص في المحيط الناطق بالألمانية استخدام ما يسمى بنموذج المراحل المايْنزي[1] Mainz Pain Staging System (اختصار MPSS) لتحديد درجة الإزمان. ويحدد MPSS ثلاثة مراحل من الإزمان يتم تحديدها من خلال النمط الزمني لظهور الألم (المحور الأول)، انتشار الآلام (المحور 2)، استهلاك الأدوية (المحور 3)، اللجوء للخدمات الطبية (المحور 4). وعلى الرغم من وجود دلائل على صلاحية هذا النموذج (Frettloeh,2003)، إلا أنه مازال يفتقد إلى دراسات منهجية وإمبيريقية موسعة.

وإلى جانب مظاهر الأضرار المرتبطة بالآلام حظيت نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في السنوات الأخيرة باهتمام متزايد باعتبارها مؤشراً عاماً وعابراً للمرض على تأذي الصحة النفسية والجسمية، وكون هذا يتيح لنا عن هذا الطريق مقارنة الأضرار المرتبطة بالمرض بغض النظر عن نوع المرض وتقويمها بشكل منهجي. ومن أكثر الأدوات المستخدمة عالمياً لقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة مقياس SF-36 ، الذي يقيس الصحة الجسمية والنفسية ويتضمن ثمانية مقاييس فرعية: كفاءة الوظائف الجسدية وكفاءة الأدوار الجسدية والألم الجسدي والإدراك العام للصحة والحيوية وكفاءة الوظائف الاجتماعية وكفاءة الأدوار الانفعالية والصحة النفسية.

3.4 سلوك الألم والعوامل الإجرائية

يقصد بسلوك الألم التعابير اللفظية وفوق اللفظية (التنهيد، والتأوه وغيرها) وغير اللفظية (تقليص عضلات الوجه، وسلوك الرعاية، والعرج...الخ).

يقوي الاهتمام أو الانتباه أو الاستجابات الإيجابية الأخرى الصادرة عن الأشخاص

---

(1) نسبة إلى مدينة هاينز.

المرجعيين المهمين من سلوك الألم ويسهم بالتالي في باستمرارية الألم. كما أن سلوك الألم يظهر بشكل مقوى أيضاً عندما يترافق مع غياب الأحداث غير المرغوبة كصراعات الشريك أو إرهاقات العمل.

والطريقة المثالية في هذا هي الملاحظة المباشرة لتحديد سلوك الألم. وهنا إمكانية أخرى تتمثل في منظومات الترميز السلوكي المركبة Complex Behavior Coding Systems(Keefe & Bllock,1982) حيث يتم بمساعدتها تحليل صور فيديو لتسلسلات معيرة للنشاطات الجسدية. وكخيار آخر هناك قوائم الفحص كقائمة توبنغن لقياس سلوك الألم (Flor & Heimerdinger,1992). ويتضمن هذا المقياس قائمة بالتصرفات من نحو التنهيد، أو التأوه أو تكشير أو التغيير المتكرر للوضعية، وتكرار ظهورها (في أثناء جلسة تاريخ المرض على سبيل المثال) التي يتم تسجيلها بصورة غير ملفتة للنظر من ملاحظ مدرب. ويتصف المقياس بسهولة استخدامه وقلة استهلاكه للوقت وحد أدنى من مطالب التدريب على الملاحظة. وبهذا فإن المقياس ملائم كأداة تشخيصية إكلينيكية روتينية. وتوجد قيم مرجعية لعينة يبلغ عددها حوالي 400 مريض بالألم.

وترتبط ظروف التعزيز الإجرائي مع سلوك الألم بشكل وثيق. ويتضمن الجزء الثاني من MPIO-D ثلاثة مقاييس فرعية تقيس الاستجابات المهتمة والملهية و المعاقبة للأشخاص المرجعيين، ومن ثم فهي تعطي مؤشرات مهمة حول أهمية العوامل الإجرائية في استمرارية الألم في الحالة في الفردية. وإذا كان ممكناً فلا بد من الاستفسار عن التصرفات المتعلقة بالألم للأشخاص المرجعيين ليس فقط من وجهة نظر المريض وإنما من وجهة نظر الشخص المرجعي أيضاً. وهذا يمثل شرطاً للإشراك المنهجي للشريك في معالجة الألم. وتمثل نسخة الشريك لمقياس الأم المتعدد الأبعاد أداة ملائمة لذلك.

3.5 مستوى النشاطات

غالباً ما يترافق الألم المزمن وبشكل خاص الألم في الجهاز العظمي العضلي مع انخفاض عام في النشاطات. كما أن النشاطات الجسدية غير الكافية تتسبب في استمرارية الألم على المدى المتوسط والطويل، مما يرفع التقييد خاصة في المجال الاجتماعي وفي أنشطة وقت الفراغ، بالإضافة إلى تزيد من خطر المزاج الاكتئابي. ويتيح الجزء الثالث من MPI إجراء تقدير عام لمستوى النشاطات مع أخذ الأنشطة المنزلية وخارج المنزلية والاجتماعية بعين الاعتبار. كما أنه وبمساعدة الدفاتر الخاصة بيوميات الأنشطة (Nilges & Wichmann-Dorn, 1992) أو كجزء من دفتر يوميات الألم يمكن الحصول على الأنشطة اليومية سواء في البر وفيل اليومية أم عبر فترة زمنية محددة بشكل منهجي. وبهذه الطريقة يمكن توضيح الارتباطات الممكنة بين الأنشطة والتغيرات في ظهور الألم أو في شدته – حتى في مجرى العلاج أيضاً– بشكل جيد جداً.

3.6 القابلية الفيزيونفسية للاستجابة

يمكن استخلاص أنماط الاستجابة المفترضة من النموذج الفيزيونفسي من خلال قياس الاستجابات النفسية، من نحو تغيرات نشاطات العضلات، عند مواجهة المواقف الاجتماعية النفسية أو الجسدية المهمة شخصياً على سبيل المثال. وهنا يمكن للمواجهة مع المرهقات (الضواغط Stressors) أن تتم من خلال تخيل المواقف المطابقة أو من خلال الواقع (كإجراء حركات جسدية معينة على سبيل المثال). ويكون هناك فرط استجابة فيزيونفسية عندما يلاحظ وجود تنشيط فيزيونفسي في مرحلة الهدوء، وعندما يحصل فرط تنشيط عند الضغط أو عندما تعود الاستجابة الفيزيونفسية المولدة عن طريق الضغط إلى نقطة البداية . ولا يتيح تشخيص أنماط الاستجابة الفيزيونفسية جع العلاقة بين الضغط والألم ملموسة بالنسبة للمريض فحسب وإنما تتيح الحصول على مؤشرات لإجراءات علاجية معينة من نحو أساليب الاسترخاء أو التغذية

الراجعة الحيوية. ولابد أن يتم اختيار المتغيرات الفيزيولوجية التي يهدف للحصول عليها من نحو الشد العضلي أو التنشيط الوعائي، حسب الاضطراب. ونجد عرضاً تفصيلياً لإجراء تشخيص فيزيونفسي لدى فلور (2001) وفلور وهيرمان (1992) وريف وبيرباومر (2000).

3.7 الحالة العامة والاضطرابات النفسية

يؤثر التعكر الاكتئابي والقلق والاضطرابات النفسية الأخرى على حادث الألم بدرجة كبيرة. لهذا لابد في كل تشخيص للألم أن يتم تشخيص هذه الاضطرابات وبصورة روتينية. ويعد مقياس الاكتئاب العام (Hautzinger & Bailer, 1993) مقياساً شائعاً لقياس الأعراض الاكتئابية. ولتشخيص القلق يمكن استخدام مقياس القلق (كحالة وسمة). لقياس الشكاوى الجسدية هناك عدد من قوائم الشكاوى الجسدية. ومن خلال قائمة الأعراض SCL-90 يمكن الحصول بطريقة اقتصادية على الضغوطات الشخصية الناجمة عن الأعراض الجسدية والنفسية.

3.8 بناء علاقة المعالج المريض

للتشخيص النفسي الإكلينيكي في سياق الألم المزمن نوع من الخصوصيات والصعوبات. فعلى عكس التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية أو الشذوذات السلوكية فإن التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم هو مجرد تشخيص للألم، وإن كان هذا عبارة عن مركب مهم من مركبات التشخيص متعدد الأبعاد للألم. وهنا يتمحور مركز الثقل على تشخيص الفحص الطبي. إلا أنه ليس من النادر أن يتم التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم في الممارسة العملية في وقت متأخر جداً في مجرى عملية تحول مشكلة الألم إلى مزمنة و غالباً ما يفهمها (أو يسيء فهمها) المريض على أنها الإجراء الأخير الذي يلجأ إليه عندما لا يعود شيء ينفع. وبنتيجة ذلك غالباً ما يواجه مرضى الألم التشخيص النفسي بالريبة هذا إذا لم يواجهوه بالشك. ويرجع سبب ذلك إلى أن

المرضى غالباً ما يكونوا قد مروا بالكثير من الفحوصات التشخيصية ويشككون بجدوى التشخيص النفسي وبشكل خاص فيما يتعلق باتخاذ إجراءات علاجية. ومن ناحية أخرى عادة ما يتم "إرسال" المرضى للتشخيص النفسي وهو أمر لا يندر أن يعاش كتقليل من قيمة السبب النفسي كسبب ثانوي مقابل السبب الجسدي للألم المحسوس. فإذا ما تم إشراك الشخص المرجعي في التشخيص بغرض توضيح العوامل الإجرائية، فقد يطرح هذا لدى المريض و لدى الشخص المرجعي على حد سواء أسئلة حول الذنب والمسؤولية.

وعلى هذه الخلفية فإنه من المهم لنجاح التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم أن يتم تقديم تصور متعدد الأبعاد للألم للمريض، وبهذا تصبح أهداف التشخيص النفسي الإكلينيكي شفافة بالنسبة لمرضى الألم ومفهومة. وهذا يساعد على تحطيم مخاوف المريض بأن مشكلة الألم " ستعالج بوصفها ذات "سبب نفسي" أو "متخيلة". فمن خلال تصور الألم متعدد الأبعاد يتم إظهار أولى الرؤى التعديلية. وينبغي إبداء التفهم والتقبل لريبة المريض و اتجاهه الرافض. وبطريقة مشابهة لابد من التوضيح للمريض وإطاره المرجعي لماذا المعلومات التي يقدمها الشخص المرجعي مهمة لتحليل مشكلة الألم القائمة والفوائد التي تمتلكها بالنسبة لتخطيط الإجراءات العلاجية. وغالباً ما تكون هذه هي الفرصة الأولى بالنسبة لمرضى الألم وأشخاصهم المرجعيين، للحديث حول الأهمية الشخصية لمرض الألم وما يرتبط بذلك من ضغوطات ومن الممكن أن يشعروا بالتخفيف من جراء ذلك. وعلى المعالج أن يسأل بهدوء وموضوعية وأن يعتمد بين الفينة والأخرى على التصور متعدد الأبعاد للألم. فمن الملائم على سبيل المثال من خلال خبرات الحياة اليومية للمريض جعل تأثير العوامل النفسية كالضغط والتقييمات الاستعرافية السلبية أو الصحة الانفعالية مفهومة فيما يتعلق بخبرة الألم مباشرة. فالاستفسار المتفهم عن تأثيرات خبرة الألم على تصميم الحياة اليومية والإحساس بالعافية الاجتماعية والنفسية يقدم إمكانية تهديم التحفظات تجاه التشخيص النفسي للألم من جانب المريض. فيشعر المريض أنه مفهوم ويستطيع الاطمئنان للتشخيص

النفسي. وبطريقة مباشرة يمكن الانطلاق من عواقب مشكلة الألم بالنسبة للمحيط الاجتماعي للمريض للتطرق بشكل جيد لتأثير سلوك الأشخاص المرجعيين على خبرة الألم وما يرتبط بذلك من أضرار على المريض.

3.9 المظاهر الخاصة: تشخيص الألم وقياسه في الكبر

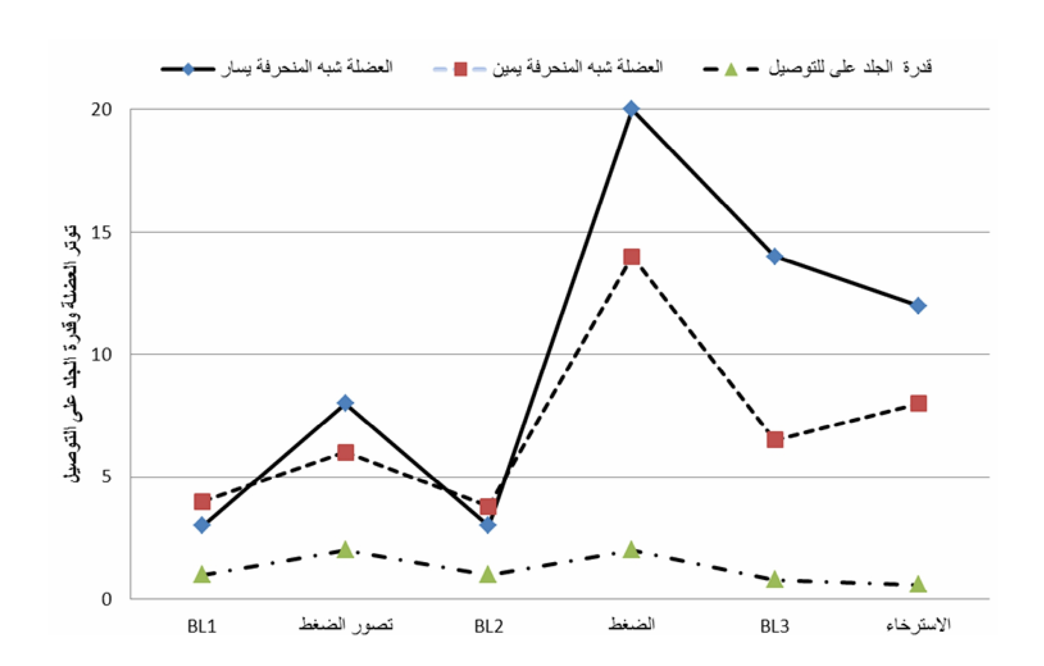
بالنظر للتطور السكاني فإن تطوير الأدوات التشخيصية للألم والاختبار المنهجي لصلاحيتها بالنسبة لكبار السن وبشكل خاص أولئك الذين يعانون من أضرار استعرافية تعد وظيفة مهمة للسنوات القادمة. ويحتل قياس الألم هنا مكان الصدارة لأنه بهذا فقط يمكن ضمان المداواة الملائمة والمعالجة المعمقة. وعلى الرغم من أنه يغلب أن تستخدم لدى هؤلاء الأشخاص أدوات شائعة لقياس الألم تقوم على التقارير الذاتية، إلا أنها غالباً ما تكون غير مختبرة كفاية في صدقها وثباتها بالنسبة لهذه الفئة خاصة (Stolee et al., 2005). وبما أن هذا التقرير الذاتي لدى أشخاص يعانون من قصور استعرافي واضح لا يتيح الحصول على صورة واضحة حول شكاوى الألم الممكنة ، تحتل الأدوات القائمة على الملاحظة والتقييم من خلال الراعين والأطباء أهمية كبيرة. وهنا أيضا وعلى الرغم من وجود الأدوات المطابقة إلا أنها إلى حد ما غير مختبرة سيكومترياً كفاية (Stolee et al., 2005).

ويعد قياس الألم صعباً جداً وبشكل خاص لدى كبار السن الذين يعانون من الخرف المتقدم. وبالنسبة للمحيط الألماني فقد أجري تعيير لأداة ملاحظة للألم في الخرف (www.dgss.org/PDF/BESD-Internet-Version.doc) (الأصل كان لواردن وآخرين (Hureky et al., 2003). وهنا تتم ملاحظة المريض في أثناء الهدوء أو الأنشطة (كالاغتسال على سبيل المثال) ملاحظة المريض من قبل الراعي (الممرض) لدقيقتين، حيث يتم تقدير التنفس، والتعابير الصوتية السلبية وتعابير الوجه ولغة الجسد والتماس المواساة أو صرف الانتباه. ويشير فحص سيكومتري مؤقت للأداة إلى أنها واعدة لكم مازال من غير الممكن إجراء تقييم ختامي.

4- التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم في العيادة - مثال حالة

كما أكدنا مراراً في الفقرات السابقة فإن التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم هو من نوع التشخيص المتعدد الأبعاد. وتتمثل مهمة معالج الألم -على خلفية النموذج النفسي- تطوير نموذج نفسي متعددة الأبعاد على أساس هذه المعلومات متعددة الأبعاد، يتيح استخلاص الإجراءات العلاجية المناسبة. ومن أجل توضيح هذا الإجراء سوف نعود مرة أخرى لمثال السيدة فاتن. ففي البداية تم إجراء تشخيص متعدد الأبعاد لها. وبالمقارنة مع المرضى الآخرين أقرت السيدة فاتن بوجود شدة معتدلة للألم. MPI-D، إلا أنها شعرت من خلال هذا الألم متضررة جداً في أنشطتها الحياتية اليومية MPI-D; PDI ومستوى النشاط لديها كان منخفضاً بالفعل MPI-D. وبالتطابق مع القابلية الشخصية لتحمل الضغط (الإرهاق) بسبب الألم احتل لديها المركب الدافعي الانفعالي للألم في مركز الصدارة (SES)، ووصفها للألم على أنه عميق- مقبض في الغالب وتشنجي أحياناً (SES - المقاييس الفرعية للحسي التمييزي) ترجح الظن أن الأمر لا يتعلق بألم ناتج عن إصابة عصبية ويتطابق مع النتيجة العضوية للفحص. وفي مقابلة الآلام أشارت إلى أن شدة الألم تتأرجح وأن الألم ليس سيئاً إلى درجة تدفعها للنوم في السرير. وفي دفتر يوميات الألم لوحظ ازدياد للألم بعد مواقف الضغط مباشرة وبعد الإرهاق الجسدي. وكانت تشعر أنها تحت رحمة الألم (مقياس تمثل الألم، مقياس التعليمات الذاتية لتمثل الألم). وطبقاً لذلك كان شعورها بالتحكم بحياتها منخفضاً MPI. وقد أقلقها الألم خاصة أنها كانت في توقع مستمر بأن أي حركة قد تزيد من الآلام (مقياس قناعات تجنب الخوف FABQ). لا تمتلك السيدة فاتن الكثير من ذخيرة استراتيجيات مواجهة الألم (مقياس تمثل الألم). ولم تتمكن من تخفيض الألم إلا بالراحة والاسترخاء والأدوية. كما استنتج وجود تعكر مزاجي طفيف و خوف عام مرتفع. وأظهر قياس القابلية للاستجابة للضغط (أنظر شكل 1) أن السيدة فاتن تبدي ارتفاعاً في نشاط العضلات في المكان الذي يؤلمها (العضلة شبه المنحرفة في جانبي الظهر trapezius) في كلا الجانبين، إلا أنها تستجيب بتوتر عضلي

شديد في التوتر (الإرهاق) وبشكل خاص في الإرهاق الجسدي، الذي يرجع لنقطة البداية ثانية ببطء شديد. وقد وصفت السيدة فاتن علاقتها بزوجها بأنها جيدة، وذكرت في مقياس الألم متعدد الأبعاد بأنه قلق جداً ويستجيب بكثير من الاهتمام عندما تعاني. وقد أيد الزوج أقوال زوجته إلى حد كبير (MPI–مقياس الشريك). وقد لوحظ أثناء المقابلة (مقياس سلوك الألم) أن السيدة فاتن غالباً ما كانت تبدل وضعية جلوسها بشكل استعراضي جداً، وتنهدت مراراً وتسحب (تكشر) وجهها من الألم.



الشكل (1): نتائج التشخيص الفيزيونفسي لدى السيدة فاتن: تم قياس نشاط العضلات في مكان الألم، وقد تم قياس مقاومة الجلد كمؤشر عام للتنشيط المستقل في التوتر (الاختصارات: BL=الخط القاعدي base line؛ تصور الضغط=تصور موقف شخصي مهم ضاغط؛ الضغط=إرهاق جسدي كالجلوس على الصندوق والضغط على المفاتيح)

وانطلاقاً من هذه النتائج تم الاقتراح على السيدة فاتن إجراء علاج نفسي للألم بالأهداف التالية:

أ - توسيع ذخيرتها من استراتيجيات مواجهة الألم.

ب- تهديم الخوف من الألم وبشكل خاص الخوف من الأنشطة الجسدية من خلال البناء المنهجي لمستوى ملائم من الأنشطة وممارسته مع تجنب زيادة أو قلة الضغوط.

ج- تعديل التقييم الكارثي لمشكلة الألم من خلال إعادة البناء الاستعرافي.

د- تغذية بيولوجية راجعة واسترخاء عضلي تصاعدي لتجنب القابلية العضلية للاستجابة للضغط.

هـ- تجنب سلوك الألم من خلال تقليص الاهتمام القائم على الآلام من جانب الزوج والرفع الهادف لسلوك الاهتمام بالنسبة للسلوك الفاعل و المواجه للألم والمنمي للصحة.

5- خلاصة واستنتاجات

قياس الألم والتشخيص النفسي الإكلينيكي للألم عبارة عن مكون تكاملي لتشخيص بين تخصصي، قائم على الدلائل للألم ومعالجته. يقوم التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم على نموذج بيونفسي للألم ولهذا فهو ذو توجه متعدد الأبعاد. وإلى جانب قياس شدة الألم ووصف نوعية الألم يحتل قياس مواجهة الآلام مع مراعاة السياق الاجتماعي النفسي مركز الصدارة. ولا يتيح التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم إجراء تصنيف لمرضى الألم مع مضامين واضحة بالنسبة للعلاج فحسب وإنما إجراء قياس للتعديل قائم على العملية. وبناء على ذلك فإنه لا يمكن الاستغناء عم التشخيص النفسي الإكلينيكي للألم بالنسبة للعلاج القائم على الدلائل للآلام. وعلى الرغم من ذلك ما زال استخدام التشخيص النفسي الإكلينيكي في الممارسة الإكلينيكية اليومية غير محقق بشكل كامل وما زال بحاجة لجهود أكبر.